

# 北海道ジュニアドクター育成塾 受講申込用紙

提出日 令和 年 月 日

(ふりがな) 受講希望者氏名		性別	男・女
(ふりがな) 保護者氏名			
住所	〒		
学校名・学年		学年	
連絡先電話番号	受講希望者本人（任意）		
	保護者		
連絡先 e-mail	受講希望者本人（任意）		
	保護者		
①これまで学外での発表や科学コンテスト参加、科学に関する検定や資格など特別な活動があればお書きください。ない場合は、記憶に残っている科学に関する自由研究テーマや体験、活動をお書きください（本人記載）			
②理数・情報分野や科学技術への興味や関心をお書きください（本人記載）			
③ジュニアドクターに応募した動機をお書きください（本人記載）			
④途中であきらめることなく継続して参加できるか、理由を添えてお書きください（本人記載）			
上記の児童・生徒を北海道ジュニアドクター育成塾に推薦します 推薦理由（推薦者がお書きください）			
推薦者 _____ (直筆)			
推薦者が保護者以外の場合は、下にお書きください 受講希望者との関係： 連絡先電話番号： _____ 連絡先 e-mail: _____			

※ご記入された個人情報は、旭川高専が厳重に管理し、北海道ジュニアドクター育成塾事業の推進および旭川高専の教育研究活動と社会貢献を目的として利用いたします。