

# キッズプログラム巡回指導申込書

## FAX 0965-62-8036

団体名		担当者名	
連絡先	TEL	E-mail	
希望回数	回	* 有料 2 回以上をご希望の場合、 2 回目から 5,000 円/回の費用がかかります	
参加者数 (予定)	学年 (       )	人数 (       )	
	学年 (       )	人数 (       )	
	学年 (       )	人数 (       )	
	学年 (       )	人数 (       )	合計 _____ 人
会場	施設名		
	住所		
開催希望日	第一希望	月    日 (    )	時    ~    時
	第二希望	月    日 (    )	時    ~    時
	* 2 回以上を開催希望の方は備考欄に希望日を記載ください		
備考			
要望など有りましたらお書きください			