

キッズプロジェクト 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 | 初回:無料 2回目以降:有料 ※初回巡回指導(無料)、2回目以降キッズキャラバンの場合:10,000円/1回 ※初回キッズキャラバン(無料)、2回目以降巡回指導の場合:8,000円/1回 | | |
| 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回目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 | ご要望等ございましたらご記入ください | | |

【事務使用欄】

| 連絡 | スケジュール | スプレッドシート | スタッフ(担当者) | 前日連絡 | HP確認 |
|---------------|---------------|---------------|-------------------------------|---------------|---------------|
| 印 | 印 | 印 | 印 | 印 | 印 |
| 時間(:) | 時間(:) | 時間(:) | ()() 時間(:) | 時間(:) | 時間(:) |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |