送信先：アーツ前橋　FAX　027-232-2016

送信日：　　　　月　　　　日

**おしゃべりアートツアー申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **学校名** | 小学校 | | | |
| **参加** | 第【　　　】学年／全【　　　　】名／クラス数【　　　　】 | | | |
| **引率者数** | 【　　　】名 | | | |
| **ご担当者** | 氏名 | 担任  　　　年　　　組 | | 担当教科 |
| **ご連絡先** | 電話番号 | | | |
| FAX番号 | | | |
| E-mail | | | |
| **希望日時** | 80～90分の鑑賞プログラムです。都合がつかない場合はご相談ください。  希望日は別紙『スクールプログラム』の「平成27年度の実施可能日」よりお選びください。  時間はアーツ前橋での滞在時間（11時～19時の開館中）をご記入ください。 | | | |
| 第1希望 | | | |
| 月　　　　　日　　時間　　　　：　　　　　　～　　　　： | | | |
| 第2希望 | | | |
| 月　　　　　日　　時間　　　　：　　　　　　～　　　　： | | | |
| 第3希望 | | | |
| 月　　　　　日　　時間　　　　：　　　　　　～　　　　： | | | |
| **バス** | バスの利用  希望する 　・ 　希望しない  ※アーツ前橋の近隣の学校には、徒歩移動をお願いする場合があります | | | |
| 学校出発時間（第1希望の場合の時刻）  ： | | 学校の停留場所 | |
| **通信欄** | ご質問やご要望がありましたらご記入ください | | | |