

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       | 担当教科     |
|      |   | 年 組      |          |
| 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。<br>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。<br>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<br>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   |          |          |