

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。 希望日は別紙の「平成28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。		