

送信票無しでそのままお送り下さい

宛先：アトリオン音楽ホール ピクニックコンサート担当 行 FAX 018-836-7868

「アトリオン・ピクニックコンサート」 鑑賞申込書

学 校 名 _____

所 在 地 〒 _____

連 絡 先 Tel. (____) _____ - _____ Fax. _____ - _____

担 当 者 職名 _____ 氏名 _____

鑑賞希望日 平成23年 _____ 月 _____ 日 (____) 11時00分開演

鑑賞予定者数 児童・生徒 _____ 年生 _____ 名

保 護 者 _____ 名 引 率 者 _____ 名

■コンサート終了後のバックステージツアー（どちらかにチェックをお願いいたします）
※参加校多数の場合は調整させていただく場合があります。

☐ 希望します

☐ 希望しません

<お問い合わせ、連絡事項等ございましたらご記入ください>