

2019年度 星空の宅配便[®] お申込み用紙

月 日 記入

学 校 名	ふりがな		
担 当 者 氏 名	ふりがな		
連 絡 先	電話番号		FAX 番号
対 象 学 年	<input type="checkbox"/> 小学 _____ 年生		<input type="checkbox"/> 中学 _____ 年生
実 施 希 望 日	第1希望	_____年 _____月 _____日 (_____)	予約状況は 弊社 Web サイトの 「スケジュール」ページ から確認できます
	第2希望	_____年 _____月 _____日 (_____)	
授 業 時 間 と 児 童 数 クラス単位での 実施を推奨します	1回目	_____時 _____分 ~ _____時 _____分	約 _____人
	2回目	_____時 _____分 ~ _____時 _____分	約 _____人
	3回目	_____時 _____分 ~ _____時 _____分	約 _____人
	4回目	_____時 _____分 ~ _____時 _____分	約 _____人
	5回目	_____時 _____分 ~ _____時 _____分	約 _____人
	6回目	_____時 _____分 ~ _____時 _____分	約 _____人
学 校 の 所 在 地	〒 _____ - _____		
機 材 車 駐 車 場	ワンボックス車 1 台 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒ 近隣駐車代をご負担ください。		
実 施 会 場	<input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> 教室や多目的室など ⇒ 天井高 _____ m		
階 数	<input type="checkbox"/> 1 階 <input type="checkbox"/> _____ 階 ⇒ エレベーター <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし		
予 定 参 加 者 数	児童 _____ 人 先生・スタッフ _____ 人 合計 _____ 人		
保 護 者 の 参 加	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
お 支 払 い	<input type="checkbox"/> 当日現金 <input type="checkbox"/> 後日振込(手数料弊社負担) <input type="checkbox"/> 要打合せ・未定		
特 別 支 援 学 級	<input type="checkbox"/> 特別支援学級児童の参加なし <input type="checkbox"/> 特別支援学級児童の参加あり ⇒ 請求書/領収証のあて名は <input type="checkbox"/> 別: _____ <input type="checkbox"/> 一括で良い		
ご 質 問 や ご 要 望 など			

着信後3営業日以内に、折り返しファクシミリにてお見積りとスケジュールをお送りします。

ファクシミリ送信先 03-5664-6942