

小学校用 星空の宅配便<sup>®</sup> お申込み用紙

月 日 記入

学 校 名	ふりがな		
学 校 の 住 所	〒 _____		
連 絡 先	電話番号		FAX 番号
担 当 者 氏 名	ふりがな		
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
参加予定人数	児童 _____人    先生・スタッフ _____人    合計 _____人		
特別支援級等	<input type="checkbox"/> 特別支援級等児童の参加なし <input type="checkbox"/> 特別支援級等児童の参加あり ⇒請求書/領収証のあて名は <input type="checkbox"/> 別： _____ <input type="checkbox"/> 一括で良い		
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		
運搬車駐車場	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		
会 場 の 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		
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 03-6231-8684