

## 星空の宅配便®お申込み用紙

月 日記入

園名	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> その他	
担当者名	ふりがな	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
実施希望日	第1希望	年 月 日( )
	第2希望	年 月 日( )
ご希望の 投影時間と 参加園児数  ※ 基本的には、 クラスごとに実施	1回目	時 分 ~ 時 分 人
	2回目	時 分 ~ 時 分 人
	3回目	時 分 ~ 時 分 人
	4回目	時 分 ~ 時 分 人
	5回目	時 分 ~ 時 分 人
	6回目	時 分 ~ 時 分 人
実施会場の住所	〒	
会場の階数	階 (会場が1階以外の場合エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )	
駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
方式	<input type="checkbox"/> ドーム方式 (天井高 m) <input type="checkbox"/> 平面方式	
参加予定者数	約 人 (園児 人 / 大人 人)	
ご質問や ご要望など		

着信後2営業日以内に、折り返しFAXにてお見積もりとスケジュールをお送りいたします。

ファクシミリ送信先 03-5664-6942