

観覧申込書

2025年 月 日

観覧希望日時について次のとおり連絡します。

※FAX をお送りいただく前に、お電話にて空き状況を公演事務局へお問合せ下さい。

☎問合せ先： 093-662-0045

その後、必要事項をご記入の上FAXをお願いします。こちらから確認のご連絡をいたします。

どちらかに○を付けて下さい。 本予約の申込（電話にて仮予約済） ・ 予約内容変更の連絡	
ふりがな 団体名（施設名）	
ふりがな 担当者氏名	
連絡先	住所：〒 TEL： FAX： 当日の担当者連絡先（携帯）：
観覧人数	合計 名（付添い職員 名含む） 【内訳】 大人 名／小人（3歳～高校生まで） 名 大学・専門学生 名
使用する 福祉招待券	前期 ・ 後期 枚 ※入場券はすべての方がが必要です。
車椅子について	合計 台 ※1公演、1団体につき普通サイズのタイプで4台分まで 【内訳】 種類・形状等 () ※スペースに限りがありますのでご希望に添えない場合がございます。
観覧希望日 ご希望の時間に○を つけて下さい。	年 月 日（ 曜日） 第1回目 第2回目 ※月・火・水曜日 11:00～ 14:00～ ※金曜日 13:00～ 15:50～
交通手段 ○をつけて下さい。	・公共交通機関() ・普通自動車:車種()、台数(台) ・大型バス・中型バス・マイクロバス:台数(台) ・その他()
連絡欄	