

FAX 番号 **0463-59-9873**

◆下欄にご記入下さい。(☑をつけてください)

日程	ご希望の日時 令和 年 月 日 曜日 (☐ 午前公演 / ☐ 午後公演)
	他の候補日 令和 年 月 日 曜日 (☐ 午前公演 / ☐ 午後公演)
	未定の場合 (予定時期)
会場	<input type="checkbox"/> ホール ◆ ホール名 /
	<input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> 未定
公演	レ・フレール
問合せ内容	<input type="checkbox"/> 上記公演を申し込みたい。 <input type="checkbox"/> 公演の詳細を相談したい。 <input type="checkbox"/> 日程の仮押さえを希望する。 <input type="checkbox"/> 公演収録の DVD (動画・画像データ) が欲しい。 <input type="checkbox"/> 公演可能日を知りたい。 <input type="checkbox"/> 候補公演のひとつ。 ※日程・会場の都合が合えば、お早めに仮押さえご検討をされることをお勧めいたします。
ご予算	総額でお考えの場合 ¥
	一名ずつの徴収の場合 (一名) ¥ ~¥ <input type="checkbox"/> 参加生徒のみの徴収
	ホールの使用料・付帯設備費用 (込み・別)
発信元	◆住所 /
	◆学校名 / ◆生徒数 /
	◆ご担当者氏名 /
	◆TEL / ( ) ◆FAX / ( ) -

◆ご意見・メッセージがありましたら、ご記入下さい。

メールの場合はこちらの  
QR コードからお願いします。

※お問い合わせありがとうございました。すぐに担当者よりご連絡させていただきます。