阪神タイガース　幼稚園・保育所訪問　開催申込書

この度はお申し込み頂きありがとうございます。ご記入の上、下記宛にＦＡＸにてご返送ください。

返送先：（ＦＡＸ）06-4706-3464 問合せ：（ＴＥＬ）06-6123-7083	※締切は　9月13日（金）必着 ※当選の場合のみのご連絡となります。 （9/17～随時ご連絡致します。）

実施園	（フリガナ） 名称：		
	〒　　－ 住所：		
	電話番号：		
（フリガナ） ご代表者	（理事長先生・園長先生・ＰＴＡ会長・他　　）		
（フリガナ） ご担当者	（園との続柄：　　）		
電話番号 ※必須		ＦＡＸ ※必須	
E-mail (PC)	@		

↓　可能の箇所に○をつけて下さい（複数記入可能です）

開催希望月　　10月　11月　12月　1月　2月

開催希望曜日　　月　火　水　木　金

開催希望時間　　午前 10時～　11時～　12時～　13時～　14時～　15時～

スケジュールの関係上、ご希望に添えない場合がございますのでご了承下さい。
開催日については、当選後に改めて調整いたします。

雨天時実施場所			
控室	無　・　有（　　）☆周囲から見えないような配慮をお願い致します☆		
参加人数（全園児数）	人	駐車場	無　・　有（　　台）
対象クラス	3歳児（　　人）・4歳児（　　人）・5歳児（　　人）		
0歳～2歳児数	0歳児（　　人）・1歳児（　　人）・2歳児（　　人）		

≪特記事項等ございましたらお書き下さい≫

≪園内簡易見取図≫

≪以下、事務局記入≫