

キッズ巡回指導申込書

年 月 日 . .

幼稚園・保育園名	
希望日時	第1希望 年 月 日()午前・午後 時～ 第2希望 年 月 日()午前・午後 時～
対象人数	年齢(才)・・・ 人 (男子 名、女子 名) 年齢(才)・・・ 人 (男子 名、女子 名) 年齢(才)・・・ 人 (男子 名、女子 名) *時間が限られていますので、30名を限度とします。 <p style="text-align: center;">30名を超える場合は、ご相談ください。 合計 人</p>
連絡先	電話 () FAX () 携帯 () E-MAIL 担当者名
要望他	

* FAX受信後、日程等調整し後日連絡いたします。

* 申し込み多数の場合は、ご希望に添えかねる場合があることをご了承ください。