

グループ・団体チケット申込書

下記に必要事項を記入の上、FAXにてご送信ください。
担当者より、折り返しご連絡申し上げます。

富士見市民文化会館キラリ ふじみ
FAX049-268-7780

〒354-0021 埼玉県富士見市大字鶴馬1803-1
tel 049-268-7788

お申込日	年 月 日																				
観劇希望公演 (公演名をご記入ください) 未定の場合は希望公演のジャンルをご記入ください。																					
観劇希望日及び開演時間	<table border="0"> <tr> <td>希望日</td> <td>第一希望</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>第二希望</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>時間</td> <td>第一希望</td> <td>:</td> <td>開演公演</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>第二希望</td> <td>:</td> <td>開演公演</td> <td></td> </tr> </table>	希望日	第一希望	年	月	日		第二希望	年	月	日	時間	第一希望	:	開演公演			第二希望	:	開演公演	
希望日	第一希望	年	月	日																	
	第二希望	年	月	日																	
時間	第一希望	:	開演公演																		
	第二希望	:	開演公演																		
お申込人数	名 車いすご利用のお客様 名																				
貴団体名																					
ご担当者名																					
ご住所	〒																				
ご連絡先	TEL FAX e-mail																				
備考欄	ご質問・ご要望などがございましたら、ご記入ください。																				

受付日 年 月 日
キラリ記入欄