

送信票無しでそのままお送り下さい

宛先：秋田アトリオン事業部 ピクニックコンサート担当 行 FAX：018-836-7868

2025年度「アトリオン・ピクニックコンサート」 鑑賞お申込書

◆学校名 _____

◆所在地 〒 _____

◆連絡先 TEL. () _____ FAX. _____

◆ご担当者 _____

◆鑑賞希望日

いずれかの□にチェックをお願いします。

① 7月10日(木) ② 10月7日(火) ③ 11月14日(金)

◆鑑賞予定者数 児童・生徒 _____年生 _____名
 児童・生徒 _____年生 _____名
 児童・生徒 _____年生 _____名
 合計 _____名

保 護 者 _____名 引 率 者 _____名

◆コンサート終了後のパイプオルガン体験コーナー

どちらかにチェックをお願いします。（参加多数の場合は調整させていただく場合があります。）

参加希望します 参加希望しません

※当館には無料駐車場がございません。スクールバスなどご来館の場合はお申し込みの際にご相談ください。
※昼食を当館内で予定される場合、場所を提供することもございますので事前にご相談ください。

バス駐車場、車椅子での参加、昼食場所などご要望