

# 星空の宅配便<sup>®</sup> 問合せ ・ 申込み 月 日記入

団体名			
担当者名	ふりがな		
連絡先	電話番号		
	FAX 番号		
	MAIL		
プラネタリウムの種類 (ご希望に○印)	1:エアドーム式プラネタリウム(最低天井高 2.7mが必要です) 2:屋外方式プラネタリウム(テントハウス) 3:平面方式プラネタリウム(部屋を暗くする必要があります)		
対象者(○印)	1:幼児    2:小学生    3:親子など一般    (○印は複数も可)		
実施希望日	第1希望	年	月 日( 曜) ( )日間
	第2希望	年	月 日( 曜) ( )日間
ご希望の 投影時間	1回目	時	分 ~ 時 分
	2回目	時	分 ~ 時 分
	3回目	時	分 ~ 時 分
	4回目	時	分 ~ 時 分
	5回目	時	分 ~ 時 分
	6回目	時	分 ~ 時 分
実施会場の住所	〒 _____ ※ 駐車場 あり・なし		
実施会場の情報 どちらかに○印	1:体育館( 1階 ・ 2階以上 ) 後者の場合エレベーター( あり ・ なし ) 2: その他 (天井高 _____ m)		
予定参加者数	約 _____ 人 ( 内訳: 大人 _____ 人、こども _____ 人 )		
ご質問や ご要望など			

着信後2営業日以内に、折り返しファクシミリにてお見積りとスケジュールをお送りします。

ファクシミリ送信先 03-5664-6942