

# 正調踊り出張講習会申込書

必要事項をご記入の上下記の番号までFAX 願います。

		申込日	月	日
送付先	長野びんずる事務局 宛	発信者連名	( )	
		(企業名)	( )	
電話番号	026-217-8244	FAX 番号		
FAX 番号	026-217-8245	電話番号		
要件	出張講習会の依頼	担当者名		

下記日時にて正調びんずる踊り講習会をお願いします

希望日時： 月 日( ) : ~ (日中は避けてください。)

場所：住所

担当者名 電話

先生の送迎方法 送迎 ・ 交通費用意

連名： 人数： 人

連絡事項

- \* 長野市民踊舞踊連盟の方々は毎年ボランティアとしてご協力頂いております。(普段は、日本舞踊等の講師としてご活躍されております方々です。長野びんずるにおきましては、正調踊り普及の為、日頃よりご尽力頂いております。時間厳守にてお願いします。)
- \* 暑い中お越しいただきますので、講師の方にお飲物をご用意してください。
- \* 先生の送迎、もしくは交通費の負担を必ずお願いします。
- \* 日中つながる番号を電話番号の欄に記載してください。
- \* 申し込みは希望日時の1週間以上前をお願いいたします。
- \* 日時等の打合せは、申込み後改めて長野市民踊舞踊連盟の方から直接ご連絡させていただきます。その際、音響設備やびんずる囃子音源の有無をご確認させていただきます。

**FAX 026-217-8245**

