出張おはなしキャラバン依頼書

高知県立文学館

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名代表者指名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 住所TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 希望日時 | 第1希望　　　月　　日（　　）　（　　：　　～　　　:　　　）第2希望　　　月　　日（　　）　（　　：　　～　　　:　　　）第３希望　　　月　　日（　　）　（　　：　　～　　　:　　　） |
| 公演場所 |  |
| 人数 |  |
| 対象年齢 |  |
| 希望内容 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 受　付　欄
 | 学芸課長 | 担当 |
| 年　　月　　日 |  |  |

※　館で記入します

**＜返　信　欄＞**年　　月　　　日

**様**

出張おはなしキャラバンに依頼をいただきました上記の件につきまして、下記日程のとおり決定いたしましたので、お知らせします。よろしくお願いいたします。

**決定日時　　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：**

高知県立文学館　　　担当

TEL　088-822-0231/FAX　088-871-7857