

お申込は FAX にてお願いいたします

FAX : 095-843-8433

西暦 年 月 日

長崎文化放送株式会社

メディア戦略局 宛



読み聞かせ申込書

希望日	第一希望	西暦 年 月 日 () 時頃
	第二希望	西暦 年 月 日 () 時頃
学校名・団体名	フリガナ	
場所 (住所)	〒 -	
参加人数	クラス名	
	人数	名
目的		
代表者連絡先	フリガナ 氏名	Ⓜ
	住所	〒 -
	連絡先	※日中、連絡が取れる番号をお書き下さい
申請日	西暦 年 月 日 ()	

長崎文化放送株式会社記入箇所

上記のとおり申請がありました。	
西暦 年 月 日 ()	
メディア戦略局 印	
備考	