****

**エイサー講習会申込書**

　　　　申し込み日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| お名前（担当学年）参加者全員のお名前をお願いします | 　　　　　　年生　　または　　　　　歳児 |
| ご自宅住所 | 〒TEL：Ｅ－mail |
| 勤務先ご住所 | 学校名〒TEL：ＦＡＸ： |
| 希望日ご希望日を○で　囲んでください。（複数日参加可） | 　8月　８日（土）宝塚会場※出張講習希望の場合、　希望日時　　月　　日（　　　）　　　　希望時間　　　時～　　　時　　　　 |
| 希望演目 |  |
| 講習料お振込み日 | 20２０年　　　月　　　日　（　　） |

