

ナイトミュージアム生演奏申込書

| | | |
|----------------------|-------------|-----|
| グループ名 (ない場合は記入不要) | | |
| 氏名 (代表者氏名) | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |
| | Email | |
| 演奏希望日 | 第一希望 | 月 日 |
| | 第二希望 | 月 日 |
| 希望時間帯 (○を記入) | 19:00～19:30 | |
| | 20:00～20:30 | |
| | どちらも可能 | |
| 使用楽器 | | |
| 演奏者人数 | | |
| 演奏曲数 | 曲 | |
| 演奏曲名 (全て) | | |

※音響等はございません。

FAX送信先:0836-37-2889

Mail:tokiwakouen@city.ube.yamaguchi.jp