

長岡市立劇場使用申込み受付票

※ 枠内の項目に御入力ください

申込者（主催者）	
住所	〒 _____ - _____ _____ _____
団体名	_____
代表者名	_____
電話番号	_____ FAX _____ _____ E:Mail _____
担当者名	_____
電話番号	_____ FAX _____ _____ E:Mail _____
使用日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ : _____ から 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ : _____ まで
利用人数	_____ 人
催物名称	_____

利用したい施設に○を入力					
<input type="checkbox"/>	大ホール	<input type="checkbox"/>	大会議室	<input type="checkbox"/>	電源を使用されますか
<input type="checkbox"/>	小ホール	<input type="checkbox"/>	中会議室	<input type="checkbox"/>	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	第1楽屋	<input type="checkbox"/>	小会議室	<input type="checkbox"/>	_____ k w
<input type="checkbox"/>	第2楽屋	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	第3楽屋	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	備考
<input type="checkbox"/>	第4楽屋	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

上記のとおり申込みます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	署名欄 _____
----------------------------	-----------