**申込みFAX:　０２５－２２８－３０５１　　　５**月19日(金)締め切り

**新潟市美術館「アートリップ20１７」申込みシート**

　月　　日(　　)記入

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | | | | |
| 学校長名 |  | | 担当者名 | |  | |
| 住　所 | 〒 | | | | | |
| TEL |  | | FAX | |  | |
| E-mail |  | | | | | |
| 活動対象 | 学年 | クラス数 | 生徒数　　　　　　名 | | | 引率　　　　　　名 |
| バス | 来館時送迎バスの手配・利用を　　　　　　希望する　・　希望しない | | | | | |
| ↓以下の項目は、相談の上決めていきますので、現時点での希望概要をご記入下さい | | | | | | |
| 出張授業 | 第一希望日 | | | 第二希望日 | | |
| 月　　　　日（　　） | | | 月　　　　日（　　） | | |
| 来館 | 第一希望日 | | | 第二希望日 | | |
| 月　　　　日（　　） | | | 月　　　　日（　　） | | |
| その他、ご希望・ご質問(活動内容・時間帯・バス台数・昼食場所など) | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

＊実施時期　6月末頃～

＊応募多数の場合は抽選となります。

＊申し込み締め切り後、６月15日(木)までに実施の可否をご連絡します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【お問い合わせ先】  新潟市美術館  TEL:025-223-1622　　FAX：025-228-3051 | ※美術館記入欄 | | |
| 受付 | 下見 |  |
|  |  |