

**出前びじゅつ講座 申込書**

学校名 代表者名 印	印						
連絡先	ご住所 お電話番号 Eメール						
担当者							
希望日時	第1希望	月	日( )	時	分	時	分
	第2希望	月	日( )	時	分	時	分
	第3希望	月	日( )	時	分	時	分
対象学年		クラス数					
児童・生徒数	* 学年やクラスが複数にわたる場合は、各人数と合計人数もお書きください						
	人						
希望内容	* 後日、詳しい内容、受付についてご相談いたします。						

**\* 開催希望日の1ヶ月前までにお申込ください。**

**申し込み先**

高知県立美術館 「出前びじゅつ講座」係  
〒781-8123 高知市高須353-2  
TEL 088-866-8000 / FAX 088-866-8008

**\* 郵送かFAXでお申込ください。到着後、折り返しご連絡いたします。**