

イベント用クライミングウォール お問い合わせ用紙

主催者・企画者 連絡先	郵便番号 _____
	住所 _____
	会社名 _____
	担当者 _____ 当日緊急連絡先 _____
	TEL _____ FAX _____
	e-mail _____
イベント名称	_____
日時	_____年 _____月 _____日
イベント開催場所	名称 _____
	住所 _____
	詳細 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> 屋外 ※建物内1階以外の場合は、階数をお知らせください。
搬入・搬出経路	※別紙FAXなどいただける場合はFAX0532-53-8099へお願いします。
駐車スペース	<input type="checkbox"/> クライミングウォール横 <input type="checkbox"/> その他 _____
スケジュール	集合場所 _____ 集合時間 _____ (建込2～3時間)
	イベント開催時間 _____
	撤去開始予定時間 _____
スタッフ	スタッフの手配は可能でしょうか？ <input type="checkbox"/> 可能(名) <input type="checkbox"/> 不可能
備考	_____



お問い合わせFAX送信先
モンタニア宛

0532-53-8099