

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