

関西学院ハンドベルクワイア
顧問 嶺重 淑 殿

20 年 月 日

ハンドベルクワイア派遣依頼願

(ふりがな) 依頼団体名称		(ふりがな) 代表者	
住所	〒()- TEL/FAX		
(ふりがな) 打ち合わせ担当者	TEL/FAX		
上記住所とは異なる場所での演奏の場合	〒()- 会場名： TEL/FAX		
集会名			
集会の種類、目的			
希望派遣日時 (演奏時間)	年 月 日() 午前・午後 時 ~ 午前・午後 時まで		
備考			