

偶数月:アフタヌーンシアター(14時~)用

WAMシアターFAX参加申込書兼受諾書

ローズWAM FAX番号:072-620-9921

作品名「 _____ 」

月 _____ 日(木) 14時00分上映開始(13:40開場)

申込日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | |
|------|-----|----------------|-------|--|
| 申込者 | お名前 | * ひらがなでご記入ください | 電話番号 | |
| | | | FAX番号 | |
| 同伴者① | お名前 | * ひらがなでご記入ください | 電話番号 | |
| 同伴者② | お名前 | * ひらがなでご記入ください | 電話番号 | |

| | | | | | |
|----------|------------------------|----------------|----|---|----|
| 保育 申込 | お子さんの名前 (申込者のお子様のみ) | * ひらがなでご記入ください | 年齢 | 歳 | ヶ月 |
| | | * ひらがなでご記入ください | 年齢 | 歳 | ヶ月 |

【一時保育ご利用の方へ】

- ・必ず、ご利用者ご本人が申込みください。
- ・持ち物:保育料(250円)お茶、タオル、着替え、ビニール袋、必要な方はオムツ、おしりふきなど(お菓子、おもちゃは持って来ないでください)
- ・1階事務所にて受付をお願いします。(13:30~)14時を過ぎるとにキャンセルになります。お子さんは13:35から2階『こどものへや』でお預かりします。
- ・お子さんの体調が悪い場合はお預かりできません。当日は検温してからお越しください。

* FAX後ローズWAMからの返信をもって参加の受諾といたします。

返信は、申込者の方のみにいたします。 同伴者①②の方にはご連絡お願いいたします。

* 上映開始時間を過ぎますとご鑑賞いただけません。14時までにご入場お願いいたします。

* キャンセルされる場合は、必ずご連絡ください。

(ローズWAM記入欄)

以上の内容で平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日お申込みを受付けました。

WAMシアター「 _____ 」をご鑑賞いただけます。

当日、上映時間までに直接ワムホール(地下2階)にお越しください。

受付印

茨木市立男女共生センター
ローズWAM 担当 (_____)