

年 月 日

出演依頼書

音楽事務所 空史堂 ()の出演を依頼します。

催事名 _____

代表依頼者 _____

依頼団体名 _____

連絡先(TEL) _____ (FAX) _____

(mail) _____

日時 年 月 日 ()

演奏時間 AM・PM : ~ AM・PM : (分間)

会場 _____

会場住所 _____

人数 (及び年齢) _____

音響装置 有・無 (備え付け放送設備を除く)

CD販売 可・不可

御予算 _____ 円 (税抜)

御支払い方法 現金・振込み

内容 (御要望等)

※音響装置設置の為、演奏開始2時間前から、会場入りさせていただきますので、
確認宜しくお願ひします。

※車輛2台分駐車スペース確保願ひします。

※着替えをする場所の確保をお願ひします。



〒963-0101 福島県郡山市安積町日出山 3-85

TEL 024(953)3445 FAX 024(943)5294

E-mail sorashidou_2004@yahoo.co.jp