

FAXお問い合わせ用紙 FAX 番号 **054-207-8841**

下記フォームに必要事項をご記入の上、FAXしてください。折り返し担当者よりご回答申し上げます。

【共通記入項目】 **必須** がついている項目は必ずご記入ください。

必須 項目	① <input type="checkbox"/> お問い合わせ ② <input type="checkbox"/> 資料請求 ③ <input type="checkbox"/> 体験レッスン	必須 記入日	年 月 日
必須 フリガナ	-----	性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
必須 氏名	-----	年齢	才
必須 フリガナ	-----	FAX 番号	- -
必須 保護者氏名 (未成年者のみ)	-----	ご住所 必須	(〒 - -)
必須 電話番号 (携帯可)	(電話番号、E-Mail アドレスのどちらかは必ずご記入ください) - -		
必須 E-mail アドレス	@		
必須 バレエ経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	バレエ経験 年	ポワント経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

チェックを付けた番号の項目をご記入ください。

①お問い合わせ	②資料請求	③体験レッスン
▼お問い合わせ内容をご記入ください。 ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	資料請求希望クラス <input type="checkbox"/> エヴェイユクラス (3歳~年長) <input type="checkbox"/> カドリーユクラス (小1~小4) <input type="checkbox"/> コリフェクラス (小4~小6) <input type="checkbox"/> シュジェクラス (小6~高校生) <input type="checkbox"/> プルミエールクラス(小6~高校生) <input type="checkbox"/> ドゥワイオンクラス(成人一般) <input type="checkbox"/> スペシャルクラス (小2~) <input type="checkbox"/> コンクールクラス (小3~) <input type="checkbox"/> 不明 (相談希望)	レッスン希望日時 第1希望 年 月 日 □□:□□~□□:□□ ----- 第2希望 年 月 日 □□:□□~□□:□□ ----- 体験レッスンをご希望の方へ 体験レッスンは電話予約が必要です。 ご希望に添えない場合がございますが、再度こちらから日程確認のご連絡をいたします。 体験レッスン費はお一人様一回限り1,000円です。 動きやすい格好でお越しください。 バレエシューズをレンタルいたします。 お子様には、レオタード、バレエシューズ、タイツをレンタルいたします。

お問い合わせありがとうございました。もう一度、内容をお確かめのうえ FAX してください。

STUDIO L'espace du Ballet

〒420-0912 静岡県静岡市葵区東瀬名町6-5 2F

TEL:090-5614-0819(受付時間 9:00~22:00) FAX:054-207-8841 info@studio-lespace.jp

※誠に恐れ入りますがレッスン中は電話に出られません。留守電にメッセージを残していただければ、こちらから折り返しご連絡致します。