

視 察 ・ 下 見 依 頼 書

平成 年 月 日

申請者 氏名 _____

電話 _____

彩の国さいたま芸術劇場の視察及び下見を以下のとおり予定しておりますので、よろしくお願ひします。

団体名	
担当者	
視察・下見日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 人数 人
視察・下見施設	大ホール ・ 音楽ホール ・ 小ホール ・ 映像ホール その他 ()
公演名	
公演(予定)日時	平成 年 月 日 () ~ 月 日 () ホール
視察・下見目的	
備考(交通手段等)	
対応者の希望	希望の担当該当者に つけてください。 ・舞台 ・照明 ・音響 他 () 無し

対 応 者	管理課 利用者担当
	舞台技術課

館 長	管理課長	施設担当主査	施設担当主査	利用者担当主査	担当	受付者
	技術支援 GL	主 査	主 査	主 査		

問合せ先 彩の国さいたま芸術劇場 管理課利用者担当
TEL:048-858-5501 FAX:048-858-5782