



ポーセラーツ 展示会・体験会開催報告書

15年 月 日

会員番号 NO.	氏名
開催日： 年 月 日 ~ 月 日 (日間)	
イベント名：	
開催会場：	<input type="checkbox"/> どちらかにし印 <input type="checkbox"/> 新規施設 / <input type="checkbox"/> 既存活動施設
●体験会は開催はされましたか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
●展示会・体験会・その他、開催された内容をご記入ください。	
●体験会参加者は何名ですか？また、サロン入会者は何名ですか？	
体験会参加者 _____名	うち、サロン入会者 _____名
感想・お気づきの点などありましたらお書きください	

※誠に恐れ入りますが、コピーしてご使用くださいますようお願いいたします。

【送付先】 AD名：マジックマーマ・ポーセラーツ会

FAX：052-564-9780

住所：名古屋市西区幅下1-6-2 / TEL：052-564-9777