

平成 年 月 日

彫刻の森美術館 御中

〒

所在地 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

学校名・施設名 \_\_\_\_\_

印

学校長名・代表社名 \_\_\_\_\_

## 減 免 申 請 書

下記の通り利用しますので、入館料の割引を申請致します。

1. 利用期日 20 年 月 日( ) :

2. 団体名称 \_\_\_\_\_

3. 引率責任者 \_\_\_\_\_

4. 電話番号 \_\_\_\_\_

5. FAX番号 \_\_\_\_\_

6. 利用人数 お手帳所持者人数 \_\_\_\_\_ 名

介 護 者 \_\_\_\_\_ 名

合 計 \_\_\_\_\_ 名

※ 団体予約申込書と一緒に送付下さい。

ご入館の3日前までの事前申請が必要です。  
お申し込みは美術館 FAX:0460-82-1169 までお願い致します。

返信欄	上記のご予約確かに承りました。	受付日		受付者	
-----	-----------------	-----	--	-----	--