

年 月 日

彫刻の森美術館 御中

〒

所在地

学校名・施設名

学校長名・代表社名

印

## 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 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 @1,000.  
合 計 名

※ 団体予約申込書と一緒にご送付下さい。

ご入館の2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	
-----	-----------------	-----	--	-----	--

【お問い合わせ先】

〒250-0493 神奈川県足柄下郡箱根町ニノ平1121

TEL:0460-82-1161 FAX:0460-82-1169

**彫刻の森美術館**  
THE HAKONE OPEN-AIR MUSEUM