

団体申込書

大崎市感覚ミュージアム宛
FAX 0229-72-5577

申込日 年 月 日

[観覧者]

団体名 _____ 担当者名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____ FAX番号 _____

[申請者] *旅行代理店様が申請される場合、こちらもご記入下さい。

会社名 _____ 担当者名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____ FAX番号 _____

[観覧希望日時] _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

_____ 時 _____ 分から _____ 時 _____ 分まで

[大型車用駐車場利用] _____ 台

[観覧人数]

[入館料] *ミュージアムで記入します。

区分	人数	備考
大人	名	
高校生	名	
中学生	名	
小学生	名	
幼児	名	
合計	名	

区分	入館料(1人あたり)
大人	円
高校生	円
中学生	
小学生	円
幼児	無料

*障害者手帳等をお持ちの方がいらっしゃいましたら、備考欄にその人数のご記入をお願いいたします。

[通信欄]

感覚ミュージアム承認印

年 月 日