

# 団 体 申 込 書

大崎市感覚ミュージアム 宛  
F A X 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 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_

## [申請者] \*旅行代理店様が申請される場合、こちらをご記入下さい。

会社名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X 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]

区 分	人 数	備 考
大 人	名	
高 校 生	名	
小・中学生	名	
幼 児	名	
合 計		

## [入館料]\*ミュージアムで記入します。

区 分	入館料(1人あたり)
大 人	円
高 校 生	円
小・中学生	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

\*ミュージアムの開館時間内にファックス送信下さいますようお願いいたします。

\*キャンセル・変更の場合は、必ずTEL:0229-72-5588にご連絡下さい。