

# 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、こちらもご記入下さい。

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	
中・高校生	名	
小 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
中・高校生	円
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