

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

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