

〈光ミュージアム 団体予約 申込書〉

この度は当館のご予約をいただき、まことにありがとうございます。
太枠内をご記入のうえ、FAXをご返信ください。

来館予定日時	令和 年 月 日 (曜日) : ~ :	
	<input type="checkbox"/> 天候にかかわらず来館 <input type="checkbox"/> 雨天時のみ来館 ※ <input type="checkbox"/> 晴天時のみ来館 ※	
(フリガナ) 学校・園		
(フリガナ) ご担当者	氏名: TEL: FAX:	
(フリガナ) 引率責任者	氏名: 携帯:	
来館者 内 訳	一 般 名 { 先生 名 保護者(父母) 名	
	小・中学生 名 { 年生 クラス 名 年生 クラス 名	
	未就学児 名 { 年少 クラス 名 年中 クラス 名 年長 クラス 名	
		合 計 名
利用目的	<input type="checkbox"/> 遠足 <input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> その他()	
交通手段	<input type="checkbox"/> バス 台 <input type="checkbox"/> ピストン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 徒歩	
入館料	<input type="checkbox"/> 全員無料 <input type="checkbox"/> 当日現金	
ご案内希望	<input type="checkbox"/> 有 []グループ 希望内容[] <input type="checkbox"/> 無	
下 見	<input type="checkbox"/> 有 月 日 (曜日) 時間 : []先生 下見時のご案内・打合せ希望 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ミュージアム内での 昼 食	<input type="checkbox"/> お弁当持参 場所: <input type="checkbox"/> 雨よけ通路 <input type="checkbox"/> 五色人公園 時間: : 頃 <input type="checkbox"/> 無 ※悪天候の場合はご相談ください。	
備 考		
ご 連 絡 の お 願 い	<input type="checkbox"/> ご確認 ※ご来館が天候による場合、当日 朝8:30までにご利用の有無をご連絡いただきたくお願いいたします。	

一般財団法人 光ミュージアム

TEL : 0577-34-6511

FAX : 0577-34-6065

受付者 :

管理番号 :