施設入館料等減免申請書

年　　月　　日

　　　北広島町教育委員会教育長　様

団　体　名

所　在　地

(郵便番号)

(電　　話)

責任者氏名　　　　　　　　㊞印

住　　　所

　　下記の施設の入館料等の減免を受けたいので申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 古保利薬師収蔵庫 | | | |
| 入館日時 | 年　　月　　日（　曜日） | | 午前　　　　　　午前  　　　 時　 分～　　　 時　 分  午後　　　　　　午後 | |
| 入館者数 | 大　　　　　人 | 中　　高　　生 | 小　　学　　生 | 合　　　　　計 |
| 人数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 減免申請の理由 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 引率責任者 |  | | | |
| 備考 |  | | | |

　☆お願い　この書類提出前に必ず当該施設に連絡して、日時の調整をお願いします。