

(第2号様式)

福祉施設等観覧料免除申請用名簿

当日観覧券売場に提出

年 月 日

次の者は、当施設に所属していることを証明し、観覧料の免除を申請します。

施設名称 : _____

申請者名 (代表者または担当者) : _____

住所 : _____

施設の代表者・担当者のどちらでもかまいません。

押印は不要です。

電話 : _____

FAX : _____

申請者 計 _____ 名

当日、施設からご来館される方の氏名・人数をお書きください (引率者は除きます)。

No.	氏名	No.	氏名	No.	氏名
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	

引率代表者氏名 : _____

引率者 計 _____ 名

当日に引率する代表者の名前と引率者の人数をお書きください