

福岡市科学館 貸切バス等でのご来館者申込書 (30名未満)

送付先：FAX 092-731-2530

| | | | |
|---------------------|------------------------------------|---------|----------------|
| 希望 利用日時 | 年 月 日 () | | お申込み日 年 月 日 |
| | 時 分 ~ 時 分 | | |
| ※ 時間は10分刻みでご記入ください。 | | | |
| 団体名 | ふりがな 学校の場合は〇〇市立、〇〇町立等からご記入ください。 | | |
| 代表者 氏名 | ふりがな | | |
| 住所 | 〒 書類等を送付できる住所をご記入ください。 | | |
| 担当者 氏名 | ふりがな | 電話番号: | |
| | | 携帯電話番号: | |
| | | FAX番号: | |
| Email | @ | | |

| | | | |
|------|---------------------------|---------|--|
| 利用形態 | 雨天時のみ利用希望の団体は〇印を記入してください。 | 雨天時のみ利用 | |
|------|---------------------------|---------|--|

| 人 数 | 未就学児 | 小学生 | 中学生 | 高校生 | 一般 | 計 |
|----------|------|------|------|------|------|------|
| | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 療育手帳等保有者 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 |
| 介護者 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 |
| 車椅子利用者 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 |

| | | | | |
|--------------|---|------|------|---|
| 貸切バス等 の台数 | 台 | 入館時刻 | 退館時刻 | ※貸切バス等の駐車場はありません。 ※乗降場所の利用時間については調整させていただく ことがあります。また、長時間の停車はできません。 ※時刻は10分刻みでご記入ください。 |
| | | : | : | |

| | | | |
|------|------------|------|---|
| 昼食場所 | 希望する・希望しない | 希望時間 | : |
|------|------------|------|---|

※ 希望時間は10分刻みでご記入ください。

| | |
|----|------------|
| 下見 | 希望する・希望しない |
|----|------------|

※ 下見は10月より可能となります。

その他(連絡事項等ありましたら記入ください)

※ いただいた個人情報は、ご来館内容の確認の目的以外には使用いたしません。

※ 館内の混雑見込みによっては調整させていただく場合、または、お断りする場合がございますので、予めご了承ください。

※ 本申込書を送付した時点で予約が完了したわけではございませんのでご注意ください。

※ その他、団体受付欄やFAQをよくお読みになられてお申し込みいただきますよう、お願いいたします。