平成　　年　　月　　日

　　「桜の馬場　城彩苑」湧々座　宛

　　　　　　　　 FAX096-288-0808

住所

団体名　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

電話

FAX

（担当者氏名　　　　　　　　　　　）

**入　館　料　免　除　申　請　書**

「桜の馬場　城彩苑」湧々座の入館料の免除を願いたいので、以下のとおり申請します。

　記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **日　時** | 平成　　年　　月　　日　　時　　分～　　時　　分 | | |
| **団　体　名** |  | | |
| **団体人数** | 人 | 内　訳※ |  |
| **理由** |  | | |
| **交通手段** | 1.徒歩　2．公共交通機関　3.バス(　　　台) 4．乗用車(　　　台) | | |
| |  | | --- | | ①無料バス乗降場(事前予約制)を設けております。ご利用の際は、別途バス乗降場  事前予約申込書にてお申込みください。詳しくは城彩苑HPをご参照ください。  ②定員人数10人以下の車両は城彩苑有料駐車場をご利用ください（事前予約不可）。 | | | |
| **備考** |  | | |

※団体人数内訳：ご利用者の内容がわかるようご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決  裁 | 総括責任者 | 運営グループ長 | 連携グループ長 |
|  |  |  |

例）福祉施設の場合、施設利用者５人、職員２人、保護者３人など

※個人の認印ではなく、施設印等を捺印ください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　改訂　20140210第五版）