

栃木県子ども総合科学館 団体展示場利用申込書(手帳利用)

| 申 込 日 | 平成 (20)年 月 日() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------|-------------------|----------------------|----|----|--------------|--|--|----------------|--|--|----------|--|--|------------|--|--|----------------|--|--|------------------|--|--|-----|--|--|-----|--|--|
| 利 用 日 | 平成 (20)年 月 日() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 団 体 名 | | | 学校の場合は学年を記入 年 生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市 町 村 名 | | | 栃木県外の場合は 都道府県名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 団 体 電 話 番 号 | | | 団体担当者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 滞 在 時 間 | 到着時刻 : ~ 出発時刻 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当日の天候で目的地に変更があるか該当する方に○ | 天候に関わりなく来館 雨天のみ来館 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>☆利用予定人数について、有料入館者と無料入館者についてそれぞれご記入ください。 介護者については、各手帳の旅客運賃減額欄が第1種(精神障害者保健福祉手帳は等級が1級)の場合、1名が無料となります。 無料とならない介護者については、有料入館者の大人の欄に人数を加えてください。</p> <p>i 有料入館者 大人 <input type="text"/> 名 小人 <input type="text"/> 名 (高校生以上) (4才以上中学生以下) 有料入館者合計 <input type="text"/> 名</p> <p>ii 無料入館者 幼児 <input type="text"/> 名 引率 <input type="text"/> 名 *業務でいらっしゃる引率の方は大人及び介護者に含みません。 (3才以下) 引率の欄にご記入下さい。</p> <p>手帳利用者</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>手帳種類等 *旅客運賃割引欄の種別</th> <th>大人</th> <th>小人</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体者障害者手帳 第1種</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体者障害者手帳 第1種以外</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>療育手帳 第1種</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>療育手帳 第1種以外</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>精神障害者保健福祉手帳 1級</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>精神障害者保健福祉手帳 1級以外</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護者</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>小 計</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>無料入館者合計 <input type="text"/> 名</p> <p>☆上記のうち、車椅子利用者の人数を右にご記入ください。 <input type="text"/> 名</p> | | | | 手帳種類等 *旅客運賃割引欄の種別 | 大人 | 小人 | 身体者障害者手帳 第1種 | | | 身体者障害者手帳 第1種以外 | | | 療育手帳 第1種 | | | 療育手帳 第1種以外 | | | 精神障害者保健福祉手帳 1級 | | | 精神障害者保健福祉手帳 1級以外 | | | 介護者 | | | 小 計 | | |
| 手帳種類等 *旅客運賃割引欄の種別 | 大人 | 小人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体者障害者手帳 第1種 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体者障害者手帳 第1種以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療育手帳 第1種 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療育手帳 第1種以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 1級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 1級以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| バスの台数等 | 大型 台 | マイクロ 台 | その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 昼食利用の有無について該当する方に○ | 有 | 無 | ラウンジ利用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ミュージアムショップ利用の有無について該当する方に○ | 有 | 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下 見 の 希 望 | 予定日 平成 (20)年 月 日() 来館時間 : 人数 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【旅行会社記入欄】

| | | | |
|---|--|---------|--|
| 会 社 名 | | 担 当 者 名 | |
| 電 話 番 号 | | FAX 番 号 | |
| 当館から連絡する場合の窓口 * 該当する方にし点 <input type="checkbox"/> 旅行会社 <input type="checkbox"/> 団体の担当者 | | | |



上記太枠内に記入の上、来館予定日の10日前までにFAXによりお申し込みください。

当館からの確認の電話を持ちまして、受付完了となります。 FAX028-659-5353

★お荷物について★

当館には団体のみなさまのお荷物をお預かりできるスペースがございませんので、各自館内への持ち込みをお願いしております。ご不便をおかけして申し訳ありませんが、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

| | | |
|--------------------------|---|-------|
| 科学館記入欄 *申込者は記入しないで下さい | <input type="checkbox"/> 20名未満の場合:免除申請書のご案内 <input type="checkbox"/> FAX済み | |
| | <input type="checkbox"/> プラネ利用の場合: _____ 回目 番組: _____ <input type="checkbox"/> 15分前集合のご案内 | |
| | <input type="checkbox"/> プラネ受付簿への転記 | |
| | <input type="checkbox"/> 下見のある場合: 予定日 _____ 月 _____ 日 / 来館時刻: _____ : _____ / 人数 _____ 人 | |
| 受 付 日 | 平成 (20)年 月 日() | 受 付 者 |