

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 小人 <input type="text"/> 名 大人 <input type="text"/> 名 (4才以上中学生以下) (高校生以上) 有料入館者合計 <input type="text"/> 名</p> <p>ii 無料入館者 引率 <input type="text"/> 名 幼児 <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> <table border="1"> <thead> <tr> <th>手帳利用者</th> <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></td> <td>身体者障害者手帳 第1種</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>身体者障害者手帳 第1種以外</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>療育手帳 第1種</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>療育手帳 第1種以外</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>精神障害者保健福祉手帳 1級</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>精神障害者保健福祉手帳 1級以外</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>介護者</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <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>				手帳利用者	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		
手帳利用者	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すので、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