

※ F A X 送信後、必ず到着確認のお電話をお願い致します。

【福祉施設・一般団体用】

受付NO.

咲くやこの花館 団体利用申請書

令和 年 月 日

申請者 福祉施設名/一般団体名

施設の種別 (該当に○をしてください)

福祉団体・一般団体

住所 〒

代表者名

印

連絡先

TEL :

FAX :

当日連絡先番号

TEL :

(担当者名)

利用日時 ※1時間最大300名まで 事前にお電話にて空き状況を 確認し仮予約してください	令和 年 月 日 () 入館 時 ~ 退館 時
	雨天の場合は、利用しません・利用します (該当に○をしてください)

※延期の場合は日付を変更し再度FAXにて申請してください。

※福祉施設の引率職員は無料

入館者	名 (うち、車いす 名)	有料での入館者数 @ 円 × 名
引率者	名 (介護者含む)	= 円
合計	名	お手帳持参・なし

クイズラリーについて ※当日、ラリー用紙をご希望の方は事前にお申し出ください。

クイズラリー	する・しない	当日、用紙を希望する場合	かんたん (低学年程度)	枚	むずかしい (高学年~大人)	枚
--------	--------	--------------	-----------------	---	-------------------	---

独自のラリー 実施する・実施しない

◎事前にFAX等でお送りいただき、到着確認のお電話をお願い致します。

◎原本は、当日押印のうえ券売所窓口へご提出ください。

◎クイズラリーは諸事情により、予告なく実施しないこともあります。(イベント期間中はイベントのラリーに変更となります)

【お願い】

※福祉施設団体は、施設印を押印してください。

※有料の団体の押印は不要です

※大型バスの駐車は公園の中央第1駐車場が最寄となります。お問い合わせ (Dパーキング鶴見緑地中央第一: 0120-030-899)

※大幅な人数等の変更、利用をキャンセルされる場合は、事前にご連絡ください。

◆ご記入いただいた個人情報については、目的以外には使用しません。

咲くやこの花館 TEL : 06-6912-0055

FAX : 06-6913-8711

<https://www.sakuvakonohana.jp/>