

入館料免除申請書

令和 年 月 日

公益財団法人 にいがた文化の記憶館
理事長 様

申請者 郵便番号
住 所

団 体 名 ⑩

代表者名
電 話
担 当 者

下記のとおり、入館料の免除を受けたいので申請します。

申 請 理 由	
観 覧 年 月 日	令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
観 覧 人 数	小・中学生 名 高 校 生 名 入 所 者 名 引 率 者 名 介 助 者 名 医 療 担 当 者 名 そ の 他 名
観 覧 時 の 責 任 者 氏 名	
そ の 他	
[学 校 用] 総 合 学 習 教 材 用 希 望 デ ー タ	<input type="checkbox"/> 「紹介文化人 似顔絵パンフレット にいがた文化の記憶」PDF データ <input type="checkbox"/> その他 ()

申請書送付先 : にいがた文化の記憶館

FAX. 0 2 5 - 2 5 0 - 7 0 4 0 / E-mail. kiokukan@honey.ocn.ne.jp