**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 　　　㊞

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 | * 「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 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

申請書送付先 ：にいがた文化の記憶館

　　　　　　　　FAX.０２５－２５０－７０４０／E-mail. kiokukan@honey.ocn.ne.jp