

(第2号様式)

# 福祉施設等免除申請用名簿

当日チケット売り場に提出

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

次の者は、当施設に所属していることを証明し、観覧料の免除を申請します。

施設名称 : \_\_\_\_\_

申請者名 (代表者または担当者) : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_  
施設の代表者・担当者のどちらでもかまいません。 押印は不要です。

電話 : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

申請者 計 \_\_\_\_\_ 名 ← 当日、施設からご来館される方の氏名・人数をお書きください (引率者は除きます)。

No.	氏名	No.	氏名	No.	氏名
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	

引率代表者氏名 : \_\_\_\_\_

引率者 計 \_\_\_\_\_ 名

当日に引率する代表者の名前と引率者の人数をお書きください