

# 高知県立高知城歴史博物館 団体観覧申込書(一般)

平成 年 月 日 申込

必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

来館日時	年 月 日 ( ) : ~ :				
来館者	フリガナ 団体名				
	住所	〒			
	フリガナ 申込者名		旅行会社名	旅行会社からの申込の場合	
	T E L		F A X		
	当日連絡先	フリガナ 氏名	TEL( )		
観覧者内訳	名	観覧料【有料】		観覧料【無料】	
		一般	名	高校生以下	名
		高知城と博物館のセット券希望者	名	各種障害者手帳所持者	名
		その他 (割引クーポン等所持者)	名	障害者手帳所持者の介護者(付き添いの方) ※手帳保持者1名につき1名	名
		計	名	高知県内65歳以上	名
				バスガイド・添乗員	名
				その他(通訳士等)	名
				計	名
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クーポン(クーポン会社 )				
特記事項	(車椅子、ベビーカー、シルバーカー貸出のご希望、また海外の方が観覧される場合は国名と人数などをお書きください)				

- 内容に変更がある場合、キャンセルする場合は前日までに、当日ご予約の時間に遅れる場合は事前にご連絡をお願いいたします。
- 当館への入館は無料です。3階展示室は観覧券が必要です。最終入館は閉館時間の30分前までです。
- 当館にバス乗降スペースはありますが、駐車場はありません。お近くの有料駐車場をご利用ください。

FAX 送付先	088-871-1619 高知城歴史博物館 総合案内 係
---------	------------------------------

以下は博物館より返信時に記入致します。

受付日	年 月 日	担当者		受付印
備考				