**３-１瀬戸蔵　バス駐車場利用申込書　　MAIL：setoguramuseum@gctv.ne.jp**

**FAX送信先（０５６１）９７－１５５７**

令和　　　年　　月　　日

　　瀬戸蔵ミュージアム　　宛

　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　申請者　学　校　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

瀬戸蔵のバス駐車場の利用について下記のとおり申し込みます。

なお、施設の使用については瀬戸蔵職員の指示に従い、事故等については、使用者側で責任を負うことを誓約します。

記

１．利用台数等　　[ ] 大型バス　　台・[ ] マイクロバス　　台・[ ] その他　　　　　　　台

　　　　　　来館者数　　　　名

バス会社名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．利用日時　　　令和　　　年　　月　　日（　）　　時　　分から　　時　　分まで

３．来館の目的　　[x] 瀬戸蔵ミュージアム見学

[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　利用当日連絡先　　氏　名　　　　　　　　　電　話　（　　　　）　　　　－



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担　当 | 受付日 | 予定表記入 | 予定表入力 | 使用駐車場 |
|  |  |  |  | **第　一　・　第　二** |

**＜以下は記入不要です＞**