

様式 1

大分県立歴史博物館観覧料免除申込書

令和 年 月 日

大分県立歴史博物館長 殿

施設名

代表者名

印

電話番号

( )

下記のとおり常設展（又は 展）の観覧料免除を申し込みます。

記

観覧日時	令和 年 月 日 ( )		時 分～	時 分
観覧人員	入(通)所者	名	免除該当施設	1 児童福祉施設
	引率者	名		2 障がい者支援施設
	計	名		3 障がい福祉サービス事業所
				4 身体障がい者更正援護施設
				5 知的障がい者援護施設
引率責任者	役職名		氏名	
観覧目的	教育, 訓練, 更正等のための活動			

(施設代表者の証明事項)

当施設は、観覧料免除施設に該当します。

代表者名

印

※必ずお読み下さい。

- なるべく、窓口又は郵送により早めに申込をしてください。  
なお、当日窓口にて受付をしますが、あらかじめ電話等により予約して下さい。
- 事前に提出された申込書(予約)の内容に変更(中止)が生じた場合は、窓口(電話)によりその変更内容をお知らせ下さい。
- 免除該当施設の欄 1～5 のいずれかに丸印を付けて下さい。  
なお、免除該当施設 1 は、児童福祉法第 7 条に規定する施設  
2・3 は、障がい者自立支援法第 5 条に規定する施設  
4 は、同法附則第 4 1 条第 1 項に規定する施設  
5 は、同法附則第 5 8 条第 1 項に規定する施設となります。

受付年月日	年 月 日	変更年月日	年 月 日	内容
決	館長	副館長	課長	課員
裁				

- 館長決裁後の写しを持って承認の通知とします。