

↑ FAX 029-896-0722

かすみがうら市水族館宛て

移動水族館実施申込書

受付日: 年 月 日 対応者 ()

申し込み日	令和 年 月 日		
実施施設もしくはイベント名			
実施施設の運営母体もしくはイベント主催団体の名称をお書きください			
ご担当者名		参加者人数	名
ご住所	〒 -		
連絡先TEL	- -		
FAX	- -		
移動水族館実施希望日	□にチェックを入れてください		
	<input type="checkbox"/> 月内いつでも可	<input type="checkbox"/> 実施日を指定 (右の欄にお書きください)	<input type="checkbox"/> 希望日をお書きください
実施希望時間	例)10:30~11:30	実施希望場所の所在地 例)茨城県かすみがうら市坂	
依頼の目的 移動水族館の実施をご希望になった理由や目的をお書きください。 例)長期入院している子どもがいる施設だが、なかなか水族館に行くことが難しいので、来てほしい。			
備考(その他連絡事項がありましたらお書きください)			