

# 入園申請書

こもれび 森のイバライド行

FAX029-892-3944

TEL029-892-3911

以下内容にて、入園料減免を申請いたします。

団体名	印
ご担当様	
住所	
T E L	F A X
ご予約日	平成 30年 月 日 ( )
時 間	: 到着予定 : 出発予定
予約内容	入園のみ・食事・体験教室

障がい者	大人 (中学生以上)	名
	小人 (4才~小学生)	名
	(内車イス)	名
介添え者	1名様につき1名様	名
一 般	大人 (中学生以上)	名
	小人 (4才~小学生)	名
合 計		名

<団体入園料金案内> \*15名様以上

障がい者(大人) 400円 障がい者(小人) 200円

介添え者 400円

一 般(大人) 800円 一 般(小人) 500円 \*食事、体験予約時割引あり

◆事前にFAX(当日原本持参)またはご郵送ください。(手帳のご提示は不要となります)

◆人数等の変更の際は、お電話にて直接ご連絡ください。再提出は不要です。

こもれび 森のイバライド

茨城県稲敷市上君山2060-1

TEL 029-892-3911 FAX 029-892-3944