



入館料減免申請書

公益財団法人 大原美術館館長殿

年 月 日

学校名

校長名

印

下記の通り入館したく、入館料の減免を申請いたします。

太枠内のみ、ご記入ください。

| | |
|-----------------------|--|
| ●日時 | 年 月 日 — 時 分 ▷ 時 分 |
| ●学校 | 学校名： 所在地：〒 TEL: FAX: E-MAIL: |
| ●人数 | 年生 名 クラス |
| ●引率 | 合計： 名(内訳—教員： 名/その他： 名) お名前：(多数の場合は代表者のみで結構です) |
| ●目的 | |
| ●申請理由 いずれかにご記入願います | <input type="checkbox"/> …一つの学年の人数が30名に満たない学校のため <input type="checkbox"/> …身体障害者手帳を所持しているため <input type="checkbox"/> …倉敷市内・早島町内の学校であり、授業の一環で教員の引率のもと見学するため <input type="checkbox"/> …その他： |
| ●その他の特記事項 | |

公益財団法人大原美術館 TEL 086-422-0005/FAX 086-427-3677

●美術館記入枠

| 副館長 | 課長 | 教育普及 | 担当者記入 |
|-----|----|------|-------|
| | | | |