


減 免 申 請 書

(フリガナ)				
団体名(学校名)				
代表者名(校長名)		ご担当者名		
ご住所				
TEL		FAX		
ご来場日時	西暦 年 月 日 () 時 分			
ご来場内訳	入場区分	減免料金	減免対象者(内車椅子・ストレッチャー等)	同伴者(先生以外)
	大人(18歳~64歳)	500円	名(台)	名
	シニア(65歳以上)	400円	名(台)	名
	高校生	400円	名(台)	名
	小・中学生	250円	名(台)	名
	幼児(4歳以上)	100円	名(台)	名
	合計		名(台)	名
	先生(無料)			名
添乗員(無料)			名	
お支払い方法	<input type="checkbox"/> JTB	<input type="checkbox"/> 近畿日本ツーリスト	<input type="checkbox"/> 日本旅行	<input type="checkbox"/> 東武トップツアーズ
	<input type="checkbox"/> 農協観光	<input type="checkbox"/> 名鉄観光	<input type="checkbox"/> 全旅	<input type="checkbox"/> クラブツーリズム
	<input type="checkbox"/> 現金払い	※現金払いは斡旋手数料対象外です。		
取扱代理店	代理店名		ご担当者名	様
	ご住所			
	TEL		FAX	
特記事項				

- 本減免申請は団体でのご利用の場合にご使用ください。
- 本申請書はFAX(045-222-5039)にてご提出ください。予約確定後、FAXにて返信いたします。
- 本申請書は当日、障がい者手帳の代わりに窓口にご提示ください。
- ご記入いただいた内容は当施設ご利用の手続きにおいて使用するものとし、それ以外の目的で使用いたしません。

お申込み お問い合わせ	 横浜ランドマークタワー69階展望フロア スカイガーデン事務局	TEL 045-222-5030 FAX 045-222-5039 http://www.yokohama-landmark.jp/skygarden/
上記申し込み、確かに承りました。 西暦		年 月 日 担当者