|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【注意】ガイド希望日の前月２０日までにお申し込み下さい。 |  | 来園 | 月　 日 |
| 電話 | 月 　日 |

園内ガイド申込書

（ガイドの時間は、希望時刻より約１時間程度が目安です。）

＊＊＊ 太枠内のみご記入をお願いいたします。＊＊＊

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　曜日  午前・午後　　　　時　　　　分から  ※ガイドできる日は、原則、水・木・金・土・日及び祝祭日です。 | | | |
| 団体名称 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |
|  | | | |
| 担当者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |
|  | | | |
| 連絡先 | 固定電話：　　　（　　　　　） | | 参加者数 | 計　　名 |
| 携帯電話：　　　（　　　　　） | |
| Ｅメール： | | | |
| バスの利用 | 有・無 | ※バスの駐車は大型・中型に関わらず1台のみで、事前に申し込みが必要です。 | | |
| 希望等 | (例：季節の植物全般を案内して欲しい／薬草について説明して欲しい／など…) | | | |

※ご希望の日にガイドをお受け出来ない場合がございます。特に、繁忙期の５月と１０月は、ご希望に添えないことが多くなりますので、ご了承ください。

※申し込みは、本申込書の持参、郵送またはＦＡＸで受け付けております。

※申込内容については、後日、電話連絡をさせて頂きます。

※雨天などで変更または中止される場合、予定日の前日(前日が休園日の場合はその前日)の午前中までに、ご連絡ください。

|  |
| --- |
| 《郵送先》〒１８７－００３３東京都小平市中島町２１−１　東京都薬用植物園  《ＦＡＸ》０４２－３４４－０５１８　《ＴＥＬ》０４２－３４１－０３４４ |

【東京都薬用植物園記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付連絡担当者　　　連絡日：　　月　　　日 | | 当日案内担当者　　　連絡日：　　月　　　日 |
| 備考欄 |  | |