|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | |  | 受付印 | | 受付No. |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  |
| 長野県立美術館観覧料減免申請書（福祉施設） | | | | | | | | | |
| 指定管理者 一般財団法人長野県文化振興事業団 長野県立美術館長　様 | | | | | 令和 年 月 日 | | | | |
|  | | | 申請者 |  | | | | | |
| 施設名 | | | | 社印 | | |
| 施設長氏名 | | | |  | | |
| 電話番号 | | | |  | | |
| ＦＡＸ番号 | | | |  | | |
| 次のとおり減免してください。 | | | | | | | | | |
| 利用目的 | 社会福祉施設が入所者に対して行う行事として観覧するため | | | | | | | | |
| 観覧日時 | 令和 年 月 日　　※時間は長野県立美術館団体申込書に記載 | | | | | | | | |
| 観覧者数等 |  | | | | | | 入所者数 |  | 名 |
| 引率責任者氏名 | | | | | | 引率者数 |  | 名 |
|  | | | | | | 計 |  | 名 |
| 観覧場所 | コレクション展 | | | | | | | | |
| 企画展　（ 　） | | | | | | | | |
| **※必ずお読みください※** 減免申請は、長野県立美術館団体申込書を期間内にお申込み済の方で、  長野県の社会福祉施設名簿に記載のある施設が対象となります。 | | | | | | | | | |
| 減免額 ※美術館記入※ |  | | 人数 | | | 1人あたり入館料(一般) | | 入館料計 | |
| 入所者 | | 名 | | | 円 | | 円 | |
| 引率職員 | | 名 | | | 円 | | 円 | |
| 計 | | 名 | | | 円 | | 円 | |
| 団体受付No. |  | | | | | | | | |