|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | 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. |   |