

薬用植物園団体見学申込書

平成 年 月 日

昭和薬科大学
薬用植物園 園長 殿

申 込 者 氏 名
 住 所
 団 体 名
 (会社名)
 代 表 者 氏 名 印
 連 絡 先 電 話 番 号
 FAX 番 号
 E-mail アドレス

下記により貴薬用植物園の見学を申し込みます

記

- 平成 年 月 日 (曜日) 午前・後 時 分 ~ 午前・後 時 分
- 団体名 参加予定者人数 名
- 雨天の場合 (いずれかに 印をつけて下さい)

決行 中止

以 上

(大学記入欄)

学 長 事 務 長 庶 務 課 守 衛 室 施 設 課 委 員 長 園 長 担 当 者

月 日 回答済
 氏 名 印
 (電話・FAX・E-mail)