

# 薬用植物園団体見学申込書

(西暦) 年 月 日

昭和薬科大学

薬用植物園 園長 殿

団 体 名 :

代表者氏名 :

㊟

住 所 : 〒

TEL :

FAX :

E-mail: :

下記の通り、薬用植物園の見学を申し込みます。

記

1. 見学日時 : (西暦) 年 月 日 ( 曜日) 時 分 ~ 時 分

2. 当日の参加責任者氏名と緊急連絡先 :

[氏名]

[TEL]

3. 参加予定人数 :

名

4. 雨天の場合 (いずれかに○をつけて下さい。)

決行

中止

以 上