

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

申 込 者 庁
住 所
団 体 名
(会社名)
代 表 者 氏 名 ⑩
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

- 1 西暦 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分
- 2 団体名 参加予定者人数 名
- 3 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	事務局長	事務長	事務次長	庶務課	守衛室	施設課	委員長	園 長	担当者

月 日 回答済

氏 名 ⑩

(電話・FAX・E-mail)