

# 減免申請書

20 年 月 日

サンシャインシティ団体予約センター 殿

申請者

団体名

代表者

印

TEL

( )

FAX

( )

下記のとおり減免を申請します。

利用日	年 月 日 ( )			
利用時間	到着		出発	
区分	利用施設	手帳保持者	付添(介護)	引率(職員)
大人	展望台・水族館・満天・博物館	名	名	名
学生(高・大・専門)	展望台・水族館・満天・博物館	名	名	名
子ども(小・中学生)	展望台・水族館・満天・博物館	名	名	名
幼児(4才以上)	展望台・水族館・満天・博物館	名	名	名
		合計人数 名	合計人数 名	合計人数 名

車椅子利用有無	有 ・ 無	有の場合→ ※車椅子のタイプをお教えてください。	(通常タイプ (ストレッチャー 台) 台)
---------	-------	-----------------------------	--------------------------------

- ◆ 付添・介護のお客様は手帳保持者1名に対して1名が減免料金適応となります。
- ◆ 学校行事で同行される教職員は生徒数と同数まで無料です。
- ◆ お客様の個人情報は、株式会社サンシャインエンタプライズが適切な管理を行い、無断で第三者へ開示、または提供する事は致しません。

◆◆◆お問い合わせ◆◆◆

サンシャインシティ団体予約センター

〒170-8630 東京都豊島区東池袋3-1-3

TEL:03-3989-3455 FAX:03-5950-0991

【受付時間:9:30~17:00】

※土日祝・GW・年末年始は休業となります。