

西暦 年 月 日

一般財団法人 沖縄美ら島財団
首里城公園管理センター 首里城業務課 首里城公園サービス係 宛

首里城公園 有料施設減免申請書

■太枠内をご記入ください。

ふりがな 団体名				印 (学校、施設の印を 押印ください)
ご住所	都道 府県			
電話番号		FAX番号		
代表引率者	ふりがな 氏名 (携帯番号)			
入場日時	西暦 年 月 日 () 時 分～			
手帳の種類	該当するすべての手帳に○を付けてください。 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳			

■以下の方の人数をご記入ください。

①手帳所持者の人数

大人	高校生	小・中学生	合計人数
名	名	名	名

②引率者、福祉施設職員などの人数

学校の先生	施設職員	医師・看護師	合計人数
名	名	名	名

③上記以外的人数(手帳をお持ちでない方、保護者など)

(※注意) 下記の方は有料入場のご案内をすることがあります。

大人	高校生	小・中学生	合計人数
名	名	名	名

■本書は、該当する手帳の交付を受けている方が、団体で入場する際、事前に減免を申請することで入場当日の手帳提示を省略し、円滑にご入場頂くことを目的とし記載された個人情報については業務及びご入場の際の連絡以外に使用することはありません。

※担当旅行社をご記入下さい。

旅行社名		旅行社連絡先	TEL: FAX:
添乗員	氏名 (携帯番号)		