

## 史料館団体見学のお申込み

太枠内をご記入下さい

\*は必須項目です

記入日

年 月 日

申 込 者	*会社名・団体名			
	*氏 名			
	職業・部署名			
	*メールアドレス			
	*電話番号		*FAX	
見 学 者	*会社名・団体名			
		学校の場合は学科、学年もご記入下さい		
	*見学者代表		随行者人数 _____ 名	
			合計人数 _____ 名	
	*見学希望日		月 日	
	*見学希望時間		_____時_____分 (公開時間 14:00~16:00)	
	*見学目的	社会見学・遠足・グループ学習・修学旅行 研修・観光・その他( )		
交通手段	バス_____台・自家用車_____台・路線バス・その他( )			
備 考				

■ ご見学に関するお問い合わせは、KYB史料館受入れ担当者まで。

TEL: 042-746-5727 FAX: 042-745-8919

E-mail : info-museum@kyb.co.jp

■ お申込みは、来館日の3日前までにお願ひ致します。

受付