

新潟県立植物園利用申込書

新潟県立植物園長 あて

郵便番号
住所
施設・団体名
施設長・団体長名
電話番号

印

下記のとおり、新潟県立植物園観賞温室の見学を申し込みます。

記

日時	平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分
見学者	【障害者】 <input type="checkbox"/> 第1種身体障害者 (身体障害者手帳) 名 <input type="checkbox"/> 第1種知的障害者 (療育手帳) 名 <input type="checkbox"/> 障害等級 1級精神障害者 (精神障害者保健福祉手帳) 名 <input type="checkbox"/> 上記以外の障害者 名 <div style="text-align: right;">計 名</div>
	【介助者等】 <input type="checkbox"/> 第1種身体障害者の介助者 名 <input type="checkbox"/> 第1種知的障害者の介助者 名 <input type="checkbox"/> 障害等級1級精神障害者の介助者 名 <input type="checkbox"/> 補装具を使用する障害者の介助者 名 <input type="checkbox"/> 障害者(等級不問)又は補装具を使用している障害者が 20名以上の団体として入館する場合の随行医療担当者 名 <input type="checkbox"/> 上記以外の介助者 名 <div style="text-align: right;">計 名</div>
	【その他】 計 名
	合計 名

※上記見学者のうち、減免(入館無料)対象者は以下のとおり

【障害者】

「身体障害者手帳」、「療育手帳」、「精神障害者保健福祉手帳」の交付を受けた者(等級不問)

【介助者等】

・第1種身体障害者、第1種知的障害者、障害等級1級精神障害者、補装具を使用する障害者1名につき介助者1名

・障害者(等級不問)又は補装具を使用している障害者が20名以上の団体として入館する場合の随行医療担当者2名まで

利用人数が決まりましたら、この申込書をFAXでお送りください。 新潟県立植物園 FAX 0250-24-6410