

## 徳川ミュージアム・入館予約申込書

団体名			
住所			
TEL	—	—	
FAX	—	—	
代表者名			
TEL	—	—	
FAX	—	—	

旅行代理店名			
担当者名			
添乗員名			
住所			
TEL	—	—	
FAX	—	—	

<b>入館予定日</b>	年	月	日
<b>入場予定時刻</b>	AM PM	:	~
			AM PM
	:		:
<b>人数</b>	大人	名	+
	小人	名	=合計
			名
<b>駐車台数</b>	大型バス	台	/
	乗用車	台	
<b>ガーデンテラス利用</b>	無・有	/	:
		:	~
		:	:
			名

<b>連絡事項</b>	
-------------	--

太枠をご記入の上、FAX または郵送で下記までお送りください。

### 徳川ミュージアム

〒310-0912 茨城県水戸市見川 1-1215-1

TEL : 029-241-2721 FAX : 029-243-0761