

薬用植物園団体見学申込書

西暦 年 月 日

昭和薬科大学
薬用植物園 園長 殿

団 体 名 :

代表者氏名 : ⑩

住所 : 〒

TEL :

FAX:

E-mail :

下記の通り、薬用植物園の見学を申し込みます

記

1. 見学日時 : (西暦) 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
2. 当日の参加責任者氏名と緊急連絡先 :
[氏名] [TEL]
3. 参加予定者人数 名
4. 植物の説明 (いずれかに○印をつけて下さい) 希望する 希望しない
5. 雨天の場合 (いずれかに○印をつけて下さい) 決行 中止

同意事項

(同意したら□にチェックを記入してください。未記入の場合、見学をお断りします.)

- 園内の植物にむやみに触れたり、採取しないよう参加者に周知した。
- 当園は、教育機関である為、見学は無料であることを参加者に周知した。