

様式第2号(第3条関係)

受付番号

甌ミュージアム入館料免除申請書

年 月 日

薩摩川内市長 様

住 所 _____

団体等の名称 _____

代表者名 _____

(電話番号 _____)

薩摩川内市甌ミュージアムの入館料の免除を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

入館予定日時	年 月 日 時
免除を申請する理由	
入館人員	人
備考	