

様式第 1 1 号（第 9 条関係）

受付番号

甌ミュージアム資料等閲覧承認申請書

年 月 日

薩摩川内市長 様

住 所 _____

氏 名（団体等の場合は名称及び代表者名）

_____（電話番号）

次のとおり、薩摩川内市甌ミュージアムの資料等の閲覧を申請します。

資料番号	標本・資料名	備考
合 計		件

- 注 1 原則として、所定の閲覧場所以外では閲覧できません。
- 2 閲覧できない資料等もあります。
- 3 資料等を損傷し、汚損し、又は滅失した場合は、修復費用等の負担をしていただくことがあります。