

※ F A X送信後、必ず到着確認のお電話をお願い致します。

【福祉施設・一般団体用】

受付NO.

咲くやこの花館 団体利用申請書

令和 年 月 日

申請者 福祉施設名／一般団体名

住所 〒

代表者名

連絡先 TEL : FAX :

当日連絡先番号（担当者名） TEL :

印

有料	☐ 一般有料団体
入館料免除対象団体	☐ 児童福祉法第7条第1項に規定する施設
	☐ 保育所 ☐ 幼保連携型認定子ども園 ☐ 児童厚生施設
	☐ 障がい児入所施設 ☐ 児童発達支援センター ☐ 児童自立支援施設
	☐ 乳児院 ☐ 母子生活支援施設 ☐ 情緒障がい児短期治療施設
	☐ 児童家庭支援センター ☐ 児童養護施設 ☐ 助産施設
	☐ 子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）第7条第5項に規定する地域型保育事業を行う施設
	☐ 家庭的保育 ☐ 小規模保育 ☐ 居宅訪問型保育 ☐ 事業所内保育
	☐ 老人福祉法第5条の3に規定する施設（※有料老人ホーム等、第5条の3に該当しない施設は有料）
	☐ 老人ディサービスセンター ☐ 老人短期入所施設 ☐ 養護老人ホーム
	☐ 軽費老人ホーム ☐ 老人福祉センター ☐ 特別養護老人ホーム
☐ 老人介護支援センター	
☐ 生活保護法第38条第1項に規定する施設	
☐ 救護施設 ☐ 更生施設 ☐ 医療保護施設 ☐ 授産施設 ☐ 宿所提供施設	
☐ 障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第11項に規定する施設	

利用日時	令和 年 月 日 () 入館 時 ~退館 時
※1時間最大300名まで 事前にお電話にて空き状況を確認し仮予約してください	雨天の場合は、利用しません・利用します（該当に○をしてください）

※延期の場合は日付を変更し再度FAXにて申請してください。

※福祉施設の引率職員は無料

入館者	名（うち、車いす 名）	有料での入館者数 @ 円× 名 = 円
引率者	名（介護者含む）	
合計	名	お手帳持参・なし

※保護者・実習生・写真業者・添乗員・ボランティア等の方は有料になります

クイズラリーについて ※当日、ラリー用紙をご希望の方は事前にお申し出ください。

クイズラリー	する・しない	当日、用紙を希望する場合	かんたん (低学年程度)	枚	むずかしい (高学年~大人)	枚
--------	--------	--------------	-----------------	---	-------------------	---

独自のラリー 実施する・実施しない

◎事前にFAX等でお送りいただき、到着確認のお電話をお願い致します。

◎原本は、当日押印のうえ券売所窓口へご提出ください。

◎クイズラリーは諸事情により、予告なく実施しないこともあります。（イベント期間中はイベントのラリーに変更となります）

※福祉施設団体は、施設印を押印してください。

※有料の団体の押印は不要です

※大型バスの駐車は公園の中央第1駐車場が最寄となります。お問い合わせ（Dパーキング鶴見緑地中央第一：0120-030-899）

※大幅な人数等の変更、利用をキャンセルされる場合は、事前にご連絡ください。

◆ご記入いただいた個人情報については、目的以外には使用しません。

咲くやこの花館 TEL : 06-6912-0055

FAX : 06-6913-8711