

平成 年 月 日

佐藤春夫記念館 様

依頼者 住 所
名 称
代表者名

㊞

新宮市立佐藤春夫記念館入館料の減免について

下記のとおり、実施いたしますので入館料の減免をお願いいたします。

記

1. 日時 平成 年 月 日 ()
: ~ :

2. 目的 (減免を必要とする理由)

3. 人数 人
学年等

4. 引率者 人

5. 担当者名、連絡先