

予約票・事前アンケート (特別支援学校)

*事前に電話での仮予約が必要です。 FAX. 03-5680-0849

利用日・回	令和 年 月 日() 第 回		
学校名・学年	/	学年	ご担当名
所在地	〒		
連絡先	TEL.	FAX.	
人数	引率	人 / 児童	人 (内 車いす利用 人) 計(人)
雨天の場合	雨天実施 ・ 雨天中止		天候不順時の館内昼食等* 希望する ・ 希望しない
展示室見学	なし ・ あり (投映前 ・ 投映後)		*講堂後方をお使いいただきます。講堂使用の空き状況をお問い合わせください。なお、銀マットはご用意ください。
駐車場利用	車種 ・ 台数	校バス 大型 ・ 中型 ・ 小型()台 その他()()台	

1. 当日のスケジュール

博物館到着	時 分	※投映開始20分前までの到着をお願いしております	
投映希望時刻	① 9:40~10:40	② 11:00~12:00	③ 13:40~14:40
博物館出発	時 分		

2. 投映内容について

投映内容は打ち合わせにより決定いたします。なお、短時間投映の場合も上記①~③の時間内で承ります

3. その他のご要望がある場合にはご記入ください。

--

