


横浜ランドマークタワー69階展望フロア
スカイガーデン減免申請書

(フリガナ)				
団体名				
代表者名		ご担当者名		
ご住所				
電話番号		FAX番号 ※必ずご記入下さい		
ご来場日時	西暦 年 月 日 () 時 分			
ご来場内訳	入場区分	障がい者(車椅子)	同伴者	
	大人(18歳~64歳)	名(台)	名	
	シニア(65歳以上)	名(台)	名	
	高校生	名(台)	名	
	小中学生	名(台)	名	
	幼児(4歳以上)	名(台)	名	
	合計	名(台)	名	
	先生		名	
添乗員		名		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> JTB	<input type="checkbox"/> 近畿日本ツーリスト	<input type="checkbox"/> 日本旅行	<input type="checkbox"/> 東武トップツアーズ
	<input type="checkbox"/> 名鉄観光	<input type="checkbox"/> 京王観光	<input type="checkbox"/> 農協観光	<input type="checkbox"/> 読売旅行
	<input type="checkbox"/> クラブツーリズム	<input type="checkbox"/> ジェイアール東海ツアーズ	<input type="checkbox"/> 東日本旅客鉄道	<input type="checkbox"/> T-LIFEホールディングス
	<input type="checkbox"/> 全旅	<input type="checkbox"/> 現金払い	<input type="checkbox"/>	※現金払いは斡旋手数料対象外です。
	※上記の中からお支払い方法をお選びいただきチェックマークを入れてください。			
取扱代理店	代理店名		ご担当者名	様
	ご住所			
	電話番号		FAX番号	
特記事項				

- 本減免申請は団体でのご利用の場合にご使用ください。お申し込みには、減免申請のご案内をご参照ください。
- 本申請書はFAXで 045-222-5039 スカイガーデン事務局宛にご送付下さい。予約確定後、FAXで返信致します。
- 本申請書は当日、障がい者手帳の代わりに窓口でご提示ください。
- ご記入いただいた内容は当施設ご利用の手続きにおいて使用するものとし、それ以外の目的で使用いたしません。

お申込み/お問合せ先	 横浜ランドマークタワー69階展望フロア スカイガーデン事務局	TEL 045-222-5030 FAX 045-222-5039 http://www.yokohama-landmark.jp/skygarden/
------------	---	--

上記申し込み、確かに承りました	西暦	年	月	日	担当者	
-----------------	----	---	---	---	-----	--