

見 学 願

西暦 年 月 日

学校法人 東京薬科大学
理 事 長 殿

団体名 _____

申請者名 _____ 印

下記により貴校の施設見学を致したくお願い申し上げます。

団体名		見学参加予定者数	名
見学希望施設名			
見 学 日 時	年 月 日 ()	自 時 分 至 時 分	
目 的			
備 考 (見学に関しての要望等)			
連 絡 先	住所		
	氏名	TEL - - FAX - -	
※注意事項	<ul style="list-style-type: none">◆見学にあたり、新聞・雑誌・広報誌等において参加者を募る場合は、必ずお申出下さい。 (掲載前に原稿を確認させていただきます)◆植物園を見学される方は、当日、植物園入口付近に備付けてある見学者用ノートに、実際の人数を記入して下さい。◆薬用植物園・薬草園の見学は原則として自由見学です。 (ガイド・説明者はつきません)◆大学構内への、車両(バス等を含む)の入構・駐車はできません。		
◎見学願提出先および本学へお問い合わせ先		該当部署 責任者承認	
〒192-0392 東京都八王子市堀之内1432-1 学校法人 東京薬科大学 総務課		印	
TEL 042-676-6702 FAX 042-676-8800 TEL 042-676-5111(代)			