

見 学 願

平成 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	薬用植物園			
見 学 日 時	平成 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	◆薬用植物園見学にあたり、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) ◆当日は、植物園入口に備付けてある記名帳に、団体名・ 実際に見学する方的人数 を記入して下さい。 ◆薬用植物園の見学は自由見学です。 (ガイド・説明者はつきません)			
◎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 TEL 042-676-6702(直通)、FAX 042-676-8800(直通) TEL 042-676-5111(代表番号)			印	