【サツマイモ収穫体験　抽選申込書】　　　　FAX　０９９－３４５－２８２２

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | （ふりがな） |
| ご担当者氏名 | （ふりがな） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| ご希望内容 | ※合計口数は１人１口までとなります。（1口500ｇ程度） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(例) | 開始時間10月３日（月）　 10：00 | 大人（人） | 小学生（人） | 幼児（人） | 合計（人） | 合計口数（口） |
| 第1 | 月　　日（　）　　： |  |  |  |  |  |
| 第2 | 月　　日（　）　　： |  |  |  |  |  |
| 第3 | 月　　日（　）　　： |  |  |  |  |  |
| 幼児の年齢(参加の場合) | （※３歳児 〇人、など） |
| 備考 |  |
| 当日の来園方法 | 大型バス(　　　台）・中型バス(　　　台)小型バス(　　　台)・自家用車(　　　台) |
| 抽選当日の来園 | 参加　・　不参加 |