【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 |  |
| 体験希望日 | （記入例）１０月１日　１０：００**※開始時間は10:00、10:30、11:00からお選びください** |
| 第１ | 月　　日　　　： | 第２ | 月　　日　　　： |
| 第３ | 月　　日　　　： | 第４ | 月　　日　　　： |
| 第５ | 月　　日　　　： | 第６ | 月　　日　　　： |
| 第７ | 月　　日　　　： | 第８ | 月　　日　　　： |
| 第９ | 月　　日　　　： | 第10 | 月　　日　　　： |
| 参加人数 | （大人）　　　　　人　（小学生）　　　　　人　（幼児）　　　　　人 |
| 希望口数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　口　　　※お一人様１口まで |
| 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 | 可　・　不可 | 抽選当日の打合せ | 希望する　・　希望しない |