令和　　　　年　　　　月　　　　日

　京都大学総合博物館長　殿

 　　　　　　（学校長あるいは理事長名）

学校名

 　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　（公印）

下記のとおり、貴博物館の特別観覧をお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 観覧希望日　　時 | 　令和　　　年　　　月　　　日（　　）午前　・　午後　　　　時　　　　分　～　　　時　　　　分 |
| 観覧目的 |  |
| 引 率 者 | 職　　名 | 氏　　　名 |
|  |  |
| ＊その他 | 連絡先（担当者氏名・電話番号） |

※観覧希望者（児童･生徒等）は別紙にてご提出ください。様式は問いません。

別紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 観　　覧希 望 者 | 学年・クラス | 氏　　　名 |
|  |  |