

平成 年 月 日

高知県立足摺海洋館 様

住 所

施設名

代表者

印

利 用 届

高知県立足摺海洋館を下記の通り利用します。

利用日時 平成 年 月 日

午前・午後 時 分～

入館者は身体障害者手帳、療育手帳、被爆者手帳、精神障害者保険福祉手帳、戦傷者手帳の所有者であることを証明致します。

※いずれかの手帳に○印を付けてください。

保有者 名

介護者 名

合 計 名