**神奈川歯科大学資料館見学申込書**

神奈川歯科大学資料館

館長　　高橋　常男　　 殿

申請日　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

標記の件につきまして、貴大学に神奈川歯科大学資料館見学を下記の通りにご依頼致したく宜しくお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 見 学 希 望 日 時 | 　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日　　（　　　）　　　　　　　：　　　　　～　　　　：　 |
| 見　学　者　人　数 | 名　　（うち　学生　　　　　　　　名） |
| 目　　的 |  |
| 代　表　者 | 氏名 |  |
| 所属先名 |  |
| 所属先住所 | 〒 |
| 所属先TEL |  |
| 業種・学科※○で囲んで下さい | 医師　　歯科医師　　看護師　　歯科衛生士　　コメディカル会社員　　学生　　　他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

メールにて下記勝野宛へお送りください。おって承諾書をお送りいたします。ご不明な点等がございましたら、下記資料館事務室までお問い合わせください。

* 見学にあたり注意事項
1. 原則として見学人数は15名までといたします。16名以上になる場合は事務室へご連絡ください。
2. 館内での写真・ビデオの撮影及び携帯電話の使用は固くお断り致します。（標本室以外は撮影可）
3. キャンセルの際は見学日より3日前迄に下記事務局へご連絡下さい。
4. お車でのお越しはご遠慮ください。（付近に有料パーキングがございます）
5. 見学料は1名2,000円となります。見学日の10日前までに指定口座へお振込みください。
6. 貴重品等の盗難・紛失につきまして当館は一切の責任を負いかねます。

※以上の事項を遵守頂けない際はご退場頂くこともございますので、その旨ご了承下さい。

━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━
神奈川歯科大学　資料館 http://www.kdu.ac.jp/
---------------------------------------------
〒238-8580神奈川県横須賀市稲岡町82　　 事務室　勝野
TEL:FAX046-822-9351
Mail:shiryoukan@kdu.ac.jp
━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━

見学者名簿（代表者は除く）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 所属・学校名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |