

団 体 体 験 教 室 申 込 書

申込日 平成 年 月 日

団体で体験教室を申し込まれる場合、**太枠内に記入**ください。

ふりがな 団体名	
代表者(担当者)名	
日中連絡の取れる電話番号	
FAX 番号	
来園日時	平成 年 月 日() 午前・午後 : ~ 午前・午後 : 予定
来園(体験希望)人数	
希望体験教室	

料金は当日、現金で入園券うりばにてお支払いください。
人数の変更は、10 日前までにご連絡ください。

やまぐちフラワーランド記入欄(決定事項)

[受付日 平成 年 月 日]

体験日時	平成 年 月 日() 午前・午後 : ~ 午前・午後 :
体験教室	
講師	
内容	
体験人数	
場所	
体験料	
持ちものなど	

料金	体験料	円 ×	人	=	円
	講師料	5,000 円 ×	人	=	円
			合 計		円



やまぐちフラワーランド

TEL 0820(24)1187 / FAX 0820(23)2411