

# むっかけ体験申し込みフォーム (FAX用)

ご予約は先着優先の為、必ず電話で確認の上でお申し込み下さい。

<b>お名前 (団体名)</b>	ふりがな	<b>様</b>
<b>都道府県名</b>		
<b>体験希望日</b>	<b>年 月 日 ( )</b>	
<b>ご 予 約</b>	<b>・仮予約</b>	<b>・決定</b>
<b>体 験 時 間</b> ご希望の開始時間	ご予約できるお時間が限られるので、お電話でご確認してください。	
<b>人 数</b>	<b>体験者</b>	<b>名</b>
<b>体験者年齢</b>	※18歳以上の方しか体験できません。	
<b>電 話 番 号</b>		
<b>携 帯 電 話</b>	体験当日に連絡がつく連絡先を記入下さい	
<b>F A X 番 号</b>		
お持ちの方は <b>メー ル ア ド レ ス</b>	ご予約前の文書のやりとりに使用致します。携帯メール不可。	
<b>むっかけ体験の保険について・・・</b> 干潟内での怪我については、保険適用内ですが、むっかけの針での怪我については保険適用外です。 <input type="checkbox"/> 同意します <b>ご署名</b> _____ <b>印</b> <input type="checkbox"/> 同意しません (お客様自身で加入してください)		

必要項目を記入されましたら下記連絡先にお送り下さい。

**道の駅鹿島 干潟体験課 宛 FAX0954-60-4177**

**メール nanaura@sage.ocn.ne.jp**