

下記に必要事項をご記入の上、FAX、またはメール添付にてお申込ください。

福祉事業関係施設等入館申込書

平成 年 月 日

福岡タワー株式会社 宛

(フリガナ)

施設名

住所 〒

代表者

担当者

連絡先

TEL

FAX

メールアドレス

※エレベーター工事のお知らせ(予定)
期間:H29.6/10(土)~7/25(火)

★期間中、2基あるエレベーターが1基運行になります。

★タワー展望の際は、時間に余裕を持ったご計画をお願いします。

ご迷惑をおかけいたしますが予めご了承ください。

※詳しくは担当までご確認ください。

(1) 入館日時 平成 年 月 日 (曜日)

※日程変更、キャンセル等の場合は前日までに
ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

タワー到着 時 分頃~
~ 出発 時 分頃~

タワー滞在中の行程

例：展望→昼食→お土産→周辺散策

(2) タワー専用駐車場利用[あり→大型バス(台)、マイクロバス(台)、ワゴン・普通車(台) ・ なし]

※タワー展望の場合は駐車料金無料 (基本2時間) 2時間を越える場合はご相談ください。

(3) タワー展望

(消費税込)

区分	高齢者 (65歳以上)	障がい者大人 (15歳以上)	障がい者中人 (小・中学生)	障がい者小人 (小学生未満)	引率者 介護職員	同行大人 (ご家族)	計
展望料金	500円	500円	300円	100円	無 料	500円	
申 込 時	人	人	人	人	人	人	人
入 館 時	人	人	人	人	人	人	人
合計金額	円	円	円	円	円	円	円

※合計金額欄は記入しないでください。 ※児童養護施設等は () カッコ内の区分を適用。

(4) お支払い方法 → お支払い方法に○印

・A型 (現金一括払い)、・B型 (個人払い)、・C型 (クーポン券)

※領収書が必要な場合はチケット売場にてお申し出ください。

(5) 特記事項 (車椅子の方の人数、施設側として気をつけて欲しいこと等)

・車椅子の方の人数 _____ 人 ・車椅子の貸出希望数 _____ 台

(6) お食事・喫茶等のご利用 [あり→ 1階レストラン、展望ラウンジ ・ なし]

※ありの場合は下記欄の番号に○印をご記入ください。

●お食事→ ①1階レストラン TEL092-833-8132、②展望ラウンジ TEL092-833-8255、③お弁当屋紹介希望

①1階レストラン・展望ラウンジご利用の場合は、事前に上記電話番号にご連絡いただき、『福祉団体の食事利用』とお伝えいただき、ご予約 (場所の確保) をお願いいたします。(キザミ等の対応可)。

②タワー内ホール等が利用可能な場合のみ、事前に担当と調整いただいた後、お持ち込みでご計画いただけます。

(7) 申し込みご担当者

氏 名

※施設名とお申し込み者が [旅行代理店様等] 異なる場合は必ずご記入ください。

連絡先

TEL

FAX

お申し込み・お問い合わせ先

福岡タワー株式会社 営業課

TEL(092)823-0234 FAX(092)822-4656

メールアドレス/info@fukuokatower.co.jp

〒814-0001 福岡市早良区百道浜2-3-26 (担当：鐘江)

詳しい情報は、HPをご覧ください。