九州シンクロトロン光研究センター

見学申込書

[ご見学内容：施設紹介DVD視聴、見学ホールから実験ホール見学等]

見学希望日の2週間前までに下記の送付先までお送りください。

送付先：九州シンクロトロン光研究センター　利用企画課

E-mail：riyou@saga-ls.jp／FAX：0942-83-5196

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 年　　月　　日 | |
| 見学者名  （団体名、又は個人名） | ※学校の場合は、学科、学年の記入もお願いします | |
| 見学希望日時 | 年　　月　　日（　　曜日）  時　　分　～　　時　　分（平日9～12時／13～16時）  ※所要時間の目安は60分程度です。 | |
| 見学人数 | 名　（学生　　　名 ・ 引率　　　名） | |
| 見学目的 | 一般（概要の把握） ・ 専門（技術的興味） | ご希望の内容を○で囲んでください。 |
| ご希望・ご質問 |  | |
| 連絡先（担当者） | 所　属 | |
| 氏　名 | |
| 住　所 | |
| TEL／FAX | |
| E-mail | |
| 旅行会社  （該当する場合のみ記入） | 会社名 | |
| 担当者名 | |
| 住　所 | |
| TEL／FAX | |
| E-mail | |
| 交通手段 | バス：大型（　　台）・中型（　　台）・マイクロ（　　台）  自家用車：（　　台）  その他：（　　　　　　　　　　　　　） | |

※本申込書の個人情報は見学手続きのためにのみ使用し、それ以外の目的に使用することはありません。

※ご見学の様子を写真撮影の上、当研究センターのHPや出版物に掲載させていただくことがありますのでご了承ください。

（お問い合わせ）TEL：0942-83-5017