

# 証 明 書

年 月 日

下記の者は、観覧料全額免除事由の該当者であることを証明します

観 覧 日 時	年 月 日 ( ) 曜日 時 分 ~ 時 分頃
観 覧 場 所	松江歴史館 ( <input type="checkbox"/> 基本展示 ・ <input type="checkbox"/> 企画展示 ) <input type="checkbox"/> 松江ホーランエンヤ伝承館
観 覧 人 数	手帳等保有者 人 、 介護者 人
証 明 者	施 設 名 代 表 者 名 住 所 電 話 番 号 担 当 者 名

## 免除対象者

- ・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳保有者、要支援・要介護認定者
- ・手帳等保有者1名につき介護者1名

<提出先>

松江歴史館

〒690-0887 島根県松江市殿町 279

TEL0852-32-1607 FAX0852-32-1611