FAX　0125-53-5354

『ｸﾘｰﾝﾌﾟﾗｻﾞくるくる』

砂川地区保健衛生組合　御中

**令和　　　年　　　月　　　日**

**見学申込書**

『ｸﾘｰﾝﾌﾟﾗｻﾞくるくる』の見学を下記のとおり申し込みます。

**１　施設見学希望日時**

（時間帯をお選びください）

 **令和　　　年　　　月　　　日( )** 　**Ａ.１０：００　～　１１：３０**

**Ｂ.１３：００　～　１４：３０**

 **Ｃ.１５：００　～　１６：３０**

**２　見学の目的**

**３　代表者所属・氏名**

**（連絡先　TEL）**

**４　見学者人数**　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　**名**

**５　見学者名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 団体（会社名） | 所属部署・役職名 | 氏　　　名 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

　　　承認　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

　※案内担当　　保健組合・委託業者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞