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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞