　様式第１号

年　　月　　日

施設見学申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (代表) 事業者名 |  | |
| (ｸﾞﾙｰﾌﾟ事業者名) | （共同して応募する場合） | |
| 所在地 | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| メールアドレス |  | |
| 見学者職氏名１  (見学の担当者)  ※電話番号は、当日連絡用 | (代表者＝見学の担当者名) | |
| 所属・役職 |  |
| 電話番号 |  |
| 見学者職氏名２ |  | |
| 所属・役職 |  |
| 見学者職氏名３ |  | |
| 所属・役職 |  |
| 見学者職氏名４ |  | |
| 所属・役職 |  |

希望日程に〇をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入欄 | 日　程 | 開始時間 |
|  | Ａ日程　７月１１日（木） | 午後３時３０分～ |
|  | Ｂ日程　７月１２日（金） | 午後３時３０分～ |

※調整により、希望に沿えない場合があります。

※申込者には別途、見学する学校を連絡します。

※見学は各事業者で最大４名までとします。

提出先：教育総務課施設グループ担当

メール：k\_shisetsu@city.higashimatsuyama.lg.jp