

社会福祉法人かたの福祉会 宛

連絡先

【TEL】 072-892-6671

【FAX】 072-892-6620

## 施設見学申込書

※太枠の部分のみ記入してください。

申込日 年 月 日

申込者記入欄	申込者	氏名:	会社名:団体名
	連絡先	TEL・FAX・e-mail	
	見学希望日時	年 月 日	: ~ :
	見学代表者名及び人数	見学代表者名:	人
	目的		
	目的施設		
	見学ルート (チェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> ワークハウスやわらぎ (就労継続支援B型) <input type="checkbox"/> てらサポートセンター (生活介護・短期入所) <input type="checkbox"/> くらじワークセンター (生活介護)	
	引率・説明補助の要否 (○をつけてください)	要 ・ 否	
特記事項			
回答欄	回答	受入れます	下記理由で受入れできません
	受入できない理由		
	回答者名	かたの福祉会 :	
注意事項	1)本申込書は、原則として、7日前までに、施設見学 担当者にご提出願います。 2)原則として見学(視察)場所は、各施設の見学者ルートとします。		