

年 月 日

(あて先) 旭川市水道事業管理者

住 所

団 体 名
(学校名)

代表者名
(校長名)

施設見学申込書 (学校・団体共通)

見学希望施設		見学人数	人
学 年 組		(うち引率者)	(人)
担 当 者 名 (担当教諭)	(年 組担任)		
電 話 番 号	()	連絡可能時間	: ~ :
F A X 番 号	()		
希 望 日 時	年 月 日(曜日) 時 分から 時 分まで ※見学時間は全て約1時間の予定です。		
交 通 手 段			
特記事項 (見学の目的・主旨等)			

※施設からのお願い

施設見学の際は、上履きをご用意願います。

見学中の安全管理は、引率者(責任者)の方でお願いします。

見学に際しての事故やけがについて施設は責任を負いかねますのでご了承ください。

※以下は記入しないでください。

	課 長	課長補佐	係 長	係
主 管 課				

整理番号

--