

施設見学依頼書

社会福祉法人ゆきわり会

理事長 関 良 殿

【見学者】施設名等.....
住 所.....
代表者氏名.....
電 話.....
【希望される連絡先】担当者名.....
電 話.....
F A X.....

下記のとおり施設見学をお願いします。

記

希望日時	第一希望 令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで 第二希望 令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで 第三希望 令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
見学者氏名 様 (職種.....) 様 (職種.....) 様 (職種.....)
見学希望施設・事業所	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設ゆきわり荘 <input type="checkbox"/> くりいむ (生活介護) <input type="checkbox"/> はやて (GH) <input type="checkbox"/> ねぶた (生活介護) <input type="checkbox"/> しんあおもり (生活介護) <input type="checkbox"/> はやぶさ (GH) <input type="checkbox"/> WAKO (生活介護) <input type="checkbox"/> 認定こども園 SHINJO (幼保連携型)
紹介者名 (有りの場合)	
【備考】 ※その他、希望や質問等 がございましたら、ご記 入ください。
ゆきわり会 (事務) 記載欄	貴殿の見学日時は下記のとおりです。 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 当日は、..... が担当させていただきます。 本件について、ご希望やご質問等がございましたらご遠慮なくご連絡下さい。 連絡先は、TEL 017-763-5221 FAX 017-763-5222 E-mail koihe-nebuta@dream.jp 当日は、事務受付窓口スタッフに、本状をご提出ください。