

課長	係長	施設担当	申込担当

## 小山広域保健衛生組合 施設見学申込書

令和 年 月 日

小山広域保健衛生組合  
施設管理課長 様

申請者役職・氏名

小山広域保健衛生組合【リサイクルセンター】を見学したいので、下記のとおり申込します。

団体名(学校名)	
住所	
見学担当者	
電話番号	
FAX番号	
参加人数	名(内引率者: 名)
車両台数	大型バス: 台/マイクロバス: 台/普通車: 台
(60人を超える場合) 各班の人数	A班: 名 B班: 名 ※完全入れ替え制での見学となります※
見学目的	
見学希望日	令和 年 月 日 ( )
見学希望時間	①1.5時間コース ②1時間コース ※1時間コースは質疑応答の時間がありません※
施設入場予定時間	午前・午後 時 分
施設退場予定時間	午前・午後 時 分
備考	

【以下の注意事項をご確認のうえ、ご同意いただけましたらチェックをお願い致します】

- ホームページに記載の「見学にあたっての注意事項」の内容を確認し、同意しました。
- 施設内で発生した事故等の責任その全ては見学申請者が負うものとします(見学者の責によるものに限る)。
- 施設に損害を与えた場合、修繕費用等の責任その全ては見学申請者が負うものとします。
- 災害その他不測の事態発生時は、施設責任者等の指示に従い行動します。

組合使用備考欄	予定表入力	受付FAX	施設連絡	組合受付印
	済	済	済	