　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

浜松ウォーターシンフォニー㈱　宛

FAX：053－424－7997

住所又は所在地

申込者　　団　体　名

代表者名

[連絡先]　Tel　　　　－　　　　　－

Fax　　　 － －

**施　設　見　学　申　請　書**

下記のとおり、西遠浄化センターの施設見学をしたいので申請します。

1. 見学場所： 西遠浄化センター（浜松市南区松島町２５５２－１）
2. 見学希望日時

第1希望： 平成　　年　　月　　日（　　　）

午前・午後　　時　　分　～　　　　時　　分（　　　分程度）

第2希望： 平成　　年　　月　　日（　　　）

午前・午後　　時　　分　～　　　　時　　分（　　　分程度）

第3希望： 平成　　年　　月　　日（　　　）

午前・午後　　時　　分　～　　　　時　　分（　　　分程度）

1. 見学者数　　　　　　　　人（大人　　　人・子供　　　　人・付添い　　　人）

※聴講するときのレベル等（小学４年生程度・中学生・一般知識人・その他[　　　　]）

1. 引率責任者　　 　　　　　　　　 　当日緊急連絡先
2. 交通手段　　　　バス（大型　　台・中型　　台・小型　　台）・普通車　　　台

その他（　　　　　　　　　　）

1. 見学目的（特に説明を受けたいこと。具体的に記入してください。）

1. その他（小学生の施設見学を申込みされる小学校の先生へ。該当するものに〇をつけてください）

通学用ヘルメットと探検バックがある場合は、見学時に使用しますのでご持参下さい。

通学用ヘルメット　有・無　、探検バック　有・無

下水道教室受講（４年生対象）　受講済もしくは受講予定有（受講日　　／　 　）・予定無