

見学案内申込書

平成 年 月 日

日時	平成27年 月 日（曜日） 時 分～ 時 分		
団体名 （学校 名等）	団体名 （グループ名） _____		
	申込者名 （担当者名） _____		
	連絡先住所 _____ ※住所は差し支えなければご記入ください。		
	TEL : _____ FAX : _____ ※日中連絡のつく電話番号をご記入ください。		
人数	名	引率者 名（引率者がいる場合のみ記入）	合計 名
目的			
見学 場所	入所施設 児童発達支援事業所 おおぞら分教室		
来館方 法	① 貸し切りバス ② 公共交通機関 ③ 徒歩 ④ その他 ()		
質問・ ご希望			

※太枠内は必ずご記入ください。

※上記の記入欄に必要な事項をご記入ください。

※ご希望等ございましたら、具体的にその内容をご記入ください。

<p>兵庫県立総合リハビリテーションセンター 障害児入所施設 おおぞらのいえ 〒651-2181 神戸市西区曙町 1070 TEL : 078-927-2727（代表） 担当：谷川・南 FAX : 078-925-9253</p>
