

# 施 設 見 学 申 込 書

※ 年度-No.

平成 年 月 日

朝日山学園施設長 殿

申込者 住 所

( 団 体 名 )

代表者氏名

連 絡 先 Tel:

Fax:

E-mail:

希望日時	①平成 年 月 日 ( 曜 日 ) 時 分 ~ 時 分 名			
	②平成 年 月 日 ( 曜 日 ) 時 分 ~ 時 分 名			
	③平成 年 月 日 ( 曜 日 ) 時 分 ~ 時 分 名			
	※受入可能時間	朝日山学園：月～木 10:00～17:00 (利用者滞在時間)： 9:30～15:30 グループホーム：月～木 11:00～14:00 ※金曜日にご希望の場合はご相談下さい。		
希望箇所	朝日山学園 ・ グループホーム (希望箇所を○で囲んで下さい)			
参加人数	名	※朝日山学園利用者滞在時は2名までの見学となります。 グループホーム利用者滞在時は見学をお受けしておりません。		
担当者氏名 及び連絡先 (上記と異なる場合)	氏 名		Tel	
	Fax		E-mail	
希望する 見学内容				

※受付日	※連絡日	※決定日	※通知日	※顛末
/	/	/	/	
※対応者	※対応者	※対応者	※対応者	

※印の欄は、記入しないでください。

## F A X 送 信 先 : 0 9 4 2 - 8 4 - 3 2 8 6