

施 設 見 学 申 込 書

※ 年度-No.					
年 月 日					
社会福祉法人あさひ会 理事長 殿 <div style="text-align: center;"> 申込者 住 所 (団 体 名) 代表者氏名 連 絡 先 Tel: Fax: E-mail: </div>					
希望日時	①	年 月 日	(曜 日)	時 分 ~ 時 分	名
	②	年 月 日	(曜 日)	時 分 ~ 時 分	名
	③	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
 E-mail : asahiyama@grace.ocn.ne.jp