令和　　年　　月　　日

尾花沢市大石田町環境衛生事業組合　事務局長　様

団　体　名

代表者氏名

連絡先（電話番号）

**施 設 見 学 申 込 書**

貴施設の見学を実施したいので、下記のとおり申込みします。

記

１　見学場所

２　日　時

令和　　年　　月　　日（　）

午前　　時　　分　～　午前　　時　　分まで(予定)

３　参加人数

名（児童（　　学年）・学生（中・高・大）・大人）

名（引率）

４　連絡責任者

氏　名

　　　連絡先（電話番号）