

見学・視察受付書

希望施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム新宮園 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム豊楽園 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム南風園 <input type="checkbox"/> 清徳会宙		
所 属			
所属先代表者			
連絡担当者			
住 所	〒		
電話/FAX	電話：	()
	FAX：	()
希望期日	平成	年	月 日 ()
希望時間	時	分	～ 時 分
来訪予定者数	名 (10名以上の場合は別途任意様式で名簿の提出をお願いいたします。)		
来訪者氏名	役 職	来訪者氏名	役 職
<p>[来訪の目的・希望内容]</p> <p>※太枠部分のみご記入ください。</p>			
<p>[対応内容]</p>			
受付日	平成	年	月 日 () 担当：

社会福祉法人 清徳会 法人事務局
 TEL:0577(36)5565 FAX:0577(36)5567
 E-mail:kaigo@seitokukai.or.jp