

申込日 令和6年 月 日

介護の魅力発見 施設見学ツアー／見学受入希望 申込書

FAX送信先 0194-52-7715 (担当者: 城内 行)

Eメールアドレス k-jonai.shakyo@iwate-shakyo.or.jp

法人名 _____

理事長名 _____

見学者受入施設・事業所名 施設長名 ※ 見学者の受入可能な施設が複数ある場合は、代表施設の番号を○で囲んでください	1	施設・事業所名		
		施設長名		
	2	施設・事業所名		
		施設長名		
	3	施設・事業所名		
		施設長名		
見学受入可能者数	名 ※見学者の受入可能な施設が複数ある場合、施設ごとに受入可能な見学者数を算出し、その最低人数を記載願います。			
担当者	職・氏名			
	連絡先	住所	〒	
		電話番号		
		F A X		
		メー ル		

※ 県北二戸エリアコースに応募可能な施設は、次の市町村に所在する施設・事業所とします。

二戸市 ・ 一戸町 ・ 軽米町 ・ 九戸村

※ 見学先が決定した場合、当センターホームページ等で見学先として告知します。

※ 申込締切 令和6年10月17日(木)15時