

川崎市多摩川の里身体障害者福祉会館 施設見学申込書

施設の見学予定者（３人まで）、希望日時を御記入ください。

見学予定者	氏 名	役 職
第１希望日時	月 日 ()	午前 ・ 午後
第２希望日時	月 日 ()	午前 ・ 午後
第３希望日時	月 日 ()	午前 ・ 午後

※特に希望がない（何時でも良い）場合は空欄にしてください。

以下の遵守事項を了承の上、申し込みます。

申 込 み 団 体 名	
代 表 者 氏 名	
電 話	
F A X	
E メ ー ル (受付票送付先)	

遵守事項

- 1 施設職員から指示があった場合には、指示に従うこと。
- 2 利用者の作業を妨げないこと。
- 3 施設職員・利用者への質問をしないこと。

※見学希望日前日までに「受付票」が届かない場合はご連絡ください。

(問合せ先)

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害福祉課

電 話 ０４４－２００－２９２８

メール 40syogai@city.kawasaki.jp

F A X ０４４－２００－３９３２