（様式１０）

川崎市中部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 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 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」が届かない場合は御連絡ください。

（問合せ先）

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者施設指導課

　　　電　話　０４４－２００－０８７４

　　　ＦＡＸ　０４４－２００－３９３２

　　　メール　40sidou@city.kawasaki.jp