

## 大崎地域広域行政事務組合本庁舎施設見学申込書

大崎地域広域行政事務組合

事務局総務課長 様

申込年月日 年 月 日

申 込 者	市区町村			
	団体名			
	代表者名			
希 望 日 時	年 月 日 時 分～ 時 分			
見 学 人 数	人			
連 絡 先	住 所	〒		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail	(電子メールの場合記入)		
	担当者名			
見学希望施設	大崎地域広域行政事務組合本庁舎			
見 学 目 的				
見 学 内 容				
交 通 手 段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 借り上げバス ( 台) <input type="checkbox"/> 自動車 ( 台) <input type="checkbox"/> その他 ( )			

※ 電話で仮予約してから、この申込書を提出してください。

提出方法は、持参、郵送、ファクシミリ又は電子メールでお願いします。

申込み・問い合わせ先	〒989-6174 大崎市古川千手寺町二丁目5番20号 大崎地域広域行政事務組合      TEL 0229-23-2325 事務局総務課                      FAX 0229-23-0311 E-mail <a href="mailto:soumu@osakikoiki.jp">soumu@osakikoiki.jp</a>
------------	--

以下 大崎地域広域行政事務組合記入欄

受入可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (理由: )			
担 当 課		担 当		<input type="checkbox"/> 了承済
集 合 場 所			その他	
連 絡	年 月 日 時 分 (相手方: 様連絡済)			