

令和 年 月 日

公益財団法人神奈川県下水道公社 理事長 殿

団体名 _____

代表者名 _____

施設見学申込書【扇町水再生センター】
(見学時間：1時間30分程度)

以下に必要事項をご記載のうえ、お申し込みください。(※の箇所は必須項目です。)

見学内容※	
見学希望日 【原則、火曜日、木曜日】	令和 年 月 日 ()
開始希望時間	時 分から
連絡先	
団体名 【個人の場合は記載不要です】	
代表者名※	
電話番号※	
住所※ 【市区町村】をご記載ください。	
交通手段※ 【該当する手段に○を付けてください】	車 公共交通機関 自転車 徒歩
バスでの来場(団体の場合は必須※) 【該当するものに○を付けてください】	利用する 利用しない
広場の利用※ 【該当するものに○を付けてください】	利用する 利用しない
参加人数(予定)※	
大人	人
子供	人
ご意見・ご要望	