平成　　　年　　　月　　　日

施設見学申込書

　渡名喜村長　殿

　渡名喜村歯科診療所の見学を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （法人の場合は、名称及び代表者名） |
| 住所 | （法人の場合は、所在地） |
| 担当者名 |  | 参加予定人数 | 人 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 見学希望日時 | 平成　　年　　月　　日（　　）　　：　　　～　　： |

※見学については、土日、祝祭日を除く8時30分～12時、13時～17時までとする。

※申込提出先

　渡名喜村役場民生課

　　　住所　　　〒901-3692　沖縄県島尻郡渡名喜村1917番地の3

　　　ＦＡＸ　　098-989-2197

　　　Ｅメール tonaki\_minsei002@vill.tonaki.okinawa.jp