

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		F A X 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

F A X 098-989-2197

Eメール tonaki_minsei002@vill.tonaki.okinawa.jp