**施　設　見　学　申　込　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **団体名** |  |
| **連絡先** | **住所** |
|  |
| **TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX** |
| **連絡担当者** |
| **参加人数** | **人** |
| **希望日時** | **令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　　時　　分　～　　　時　　分** |
| **質問内容** |  |

**【問合先】中空知衛生施設組合リサイクリーン**

〒073-0026　北海道滝川市東滝川760番地1

TEL　０１２５－７５－３８００

FAX　０１２５－７５－３８０１