

# 古利根川水循環センター見学の申込み

申込日 平成 年 月 日

公益財団法人埼玉県下水道公社 古利根川支社

お名前 (団体名) ※学校、自治会等	
	(※代表者: ) ※団体の場合
住所	〒 ..... ..... .....
連絡先	【フリガナ】
	【お名前】
	【電話番号】
	【FAX 番号】
	【E-メール】

見学希望日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分 から 時 分 まで
見学の人数	人数: ..... 名 (内訳: 中学生以下 ..... 名 高校・大学生 ..... 名 大人 ..... 名) ※(クラス数: ..... クラス 学生: ..... 年) ※学校関係のみ記入
駐車場の使用	<input type="checkbox"/> 自家用車 ..... 台 <input type="checkbox"/> バス (大型、中型): ..... 台
見学目的	<input type="checkbox"/> 社会科見学 <input type="checkbox"/> 研修会 <input type="checkbox"/> その他 ( )
当施設見学をどのよう にして知りましたか	<input type="checkbox"/> 県・市町村広報誌 <input type="checkbox"/> その他の広報誌 (紙) <input type="checkbox"/> 公社・県のホームページ <input type="checkbox"/> イベントでの広報 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )
要望事項 その他	

**同意事項**  欄にチェックしてください

[見学プログラムの変更や中止について] (必須事項) 悪天候や自然災害または緊急工事等により、見学プログラムの一部または全てを変更する可能性があることを承諾します。	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
[個人情報・肖像権について] 写真撮影および、埼玉県、下水道公社、市・町が行う広報事業での使用を承諾します。	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません