

平成 年 月 日

移動下水道教室申込書

公益財団法人埼玉県下水道公社
中川支社 へ
(中川水循環センター)

申込者 お名前： _____
電話番号： _____
(連絡可能な時間帯： ____時～ ____時)

・お申込み内容

団体名 (学校・会社名等)	
実施希望日時	平成 ____年 ____月 ____日 ____曜日 第 ____時限 午前・午後 ____時 ____分～ ____時 ____分
実施目的(内容)	
人数	・人数： ____名 (内訳：大人 ____名・子供 ____名) ・クラス数： ____クラス
その他 (ご要望等ありましたら、ご記入ください。)	

※受信後、お申込みされた方の電話番号に担当者から確認の連絡をいたします。

※業務の都合で、ご希望の日時にお受けできない場合があります。ご了承ください。

※送信先：〒341-0056 埼玉県三郷市番匠免 3-2-2 (公財) 埼玉県下水道公社中川支社 庶務担当

FAX:048-952-3354/E-mail: nakagawa@saitama-swg.or.jp

実施希望日の1ヶ月前には当社に到着するように送信願います。