下 水 処 理 場 見 学 申 込 書

　　年　　月　　日

下水道管理センター

施設管理課長　様

住　　所

団 体 名

代表者名

施設を見学したいので、以下のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 日時 | 年　　月　　日（　）  午前・午後　　 時　　分　から　　 時　　　分まで |
| 見学場所 | 中部下水処理場　・　白根中央浄化センター  ※見学を希望する施設を○で囲んでください。 |
| 目的 |  |
| 担当者 | 電話　　　－ |
| 見学者 | 大人　　　名  児童(生徒)　　　 名（　　　クラス） |
| 備考 |  |

送付先FAX番号　０２５－２８４－５８４９　下水道管理センター施設管理課処理場係まで