

青葉区地域子育て支援拠点ラフル ＜見学申し込み＞



申込日： 年 月 日

申し込み団体名	
代表者名	
団体住所もしくは 代表者住所	〒
	TEL: FAX:
	Eメール
見学担当者名	
見学担当者連絡先	TEL: 携帯:
見学者数	合計 名
希望日時 (第2希望までご記入下さい)	第1希望 年 月 日() 時 分 ~ 時 分
	第2希望 年 月 日() 時 分 ~ 時 分
決定日時 (後日担当者よりご連絡します)	
見学の目的	

※見学内容及び目的に応じて、運営団体の規約によって見学費用がかかる場合があります。あらかじめ、ご了承下さい。

以下、アンケートにお答えください

ラフルのことは、何で知りましたか	
ラフル見学の動機は何ですか	
貴団体の子育て支援活動について教えてください	
この見学をどのように生かしていく予定ですか	

青葉区地域子育て支援拠点 ラフル

TEL:045-981-3306 FAX:045-981-3307 <http://lafull.net>