

青葉区地域子育て支援拠点ラフル 〈施設見学申込書〉



申込日： 年 月 日

申し込み団体名							
代表者							
団体住所もしくは 代表者住所	〒						
	TEL :	FAX :					
見学担当者							
見学担当者連絡先	TEL :	携帯 :					
	Eメール						
見学者数	名						
希望日時 <small>(第2希望までご記入下さい)</small>	第1希望	年	月	日 ()	:	~	:
	第2希望	年	月	日 ()	:	~	:
決定日時 <small>(後日担当者より連絡いたします)</small>							
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。あらかじめご了承ください。

以下、アンケートにお答えください

ラフルのことを、何でお知り になりました			
貴団体の子育て支援活動につい て教えてください			

青葉区地域子育て支援拠点ラフル（青葉台） TEL:045-981-3306 FAX:045-981-3307 <https://lafull.net>
 青葉区地域子育て支援拠点ラフルサテライト（市ケ尾） TEL:045-979-1360 FAX:045-979-1361