FAX：0940 － 36 － 0270（送信票不要）

宗像市コミュニティ協働推進課　あて

視察申込書

申込日：　　年　　月　　日

希望日時	第１希望	年	月	日（　）	時	分～	時	分				
	第２希望	年	月	日（　）	時	分～	時	分				
	第３希望	年	月	日（　）	時	分～	時	分				
希望視察先	（視察先を【〇】してください。） 【　　】市役所 【　　】地域の協議会（　　）※協議会名 ※地域の協議会での視察は、資料代 500 円／1 人が必要です。											
領　収　書	要　・　不要	領収書宛名										
視察人数	人	内）行政職員　　人										
視察等の目的・内容	（できるだけ具体的にご記入ください。） ※内容によっては、視察を受け入れできない場合があります。											
視察者名（団体名）		代表者名										
住　所	〒											
電話番号		FAX										
担　当　者	氏　名											
	電話番号		FAX									
	メールアドレス											
備　　考												

※ご記入いただいた個人情報は視察受入れの為に使用するもので、その他用途に使用することはございません。

---------- コミュニティ協働推進課記入欄 ----------

対応者	

文書取扱員	部長	所属長	係長	係員

コミュニティ協働推進課受付欄