

社会福祉法人仁成福祉協会 本部 上野 行（送付票不要）
FAX:025－281－5730

施設見学会申込書

学校名

参加されるご希望日に✓を入れて下さい。

☐ 8月28日(水)

☐ 9月 4日(水)

参加申込者

	氏 名
1	
2	
3	
4	
5	