

平成 年 月 日

奈良県流域下水道センター
吉野川浄化センター所長 様

〒
住 所
学校名
校長名

TEL
FAX

吉野川浄化センター見学について

このことについて、下記のとおり貴施設の見学を実施させていただきたいと思
います
ので、よろしく申し上げます。

記

- 1 日 時 平成 年 月 日 (曜日)
時 分 ~ 時 分
- 2 人 数 引 率 名
児 童 名
合 計 名
- 3 引率責任者 氏 名
TEL
FAX
- 4 目 的
- 5 その他