

平成 年 月 日

奈良県流域下水道センター
浄化センター所長 様

〒
住 所
学校名
校長名

TEL
FAX

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、よろしくお願ひします。

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