

袋井消防庁舎・袋井市防災センター見学等申込書

年 月 日

申込者 住所
氏名

区分	<input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 個人				
日時	年 月 日 () : ~ :				
団体名/個人名					
予定人数 (引率者含む)	乳幼児 (0～6歳)		人	合計	人
	小学生		人		
	中学生		人		
	高校生		人	(内外国人 の人数)	人
	成人		人		
居住地	<input type="checkbox"/> 袋井市 <input type="checkbox"/> 森町 <input type="checkbox"/> その他県内 <input type="checkbox"/> 県外 (都道府県)				
駐車場の利用	普通車 (台)、大型車 (台)				
希望内容					
担当者氏名 (見学当日代表者)					
連絡先電話番号	<small>※見学当日連絡が取れる電話番号を記入してください</small>				
備考					

※災害対応等により、急遽中止させていただく場合があることをご承知おきください。

消防本部・危機管理課使用欄

受付印

- 申込受付者 ()
- 申込者との内容調整 (月日、調整担当者氏名)
- 施設等予約 ()