

# 邑久光明園 施設見学申込書(事前調整用)

平成 年 月 日

団体名			
代表者名			
担当者名		役職	
住所			
電話番号			
FAX番号			
E-mail			
希望日	第一希望	平成 年 月 日 ( ) 曜日	
	第二希望	平成 年 月 日 ( ) 曜日	
	第三希望	平成 年 月 日 ( ) 曜日	
目的及び対象者			
標準的な学習内容	内 容		見学時間
	園長又は医師等の講義		10:30 ~ 12:00
	入所者の講話	} 選択して下さい。(○で囲む)	13:00 ~ 14:30
	入所者居室への訪問		13:00 ~ 14:30
	施設見学(フィールドワーク)	} 選択して下さい。(○で囲む)	14:30 ~ 15:00
施設見学(資料展示室)	14:30 ~ 15:00		
献花	納骨堂での献花 有・無 (○で囲む)	所要時間 約15分	
ハンセン病に対する基礎知識	<input type="checkbox"/> テレビ・新聞などの報道で知っている。 <input type="checkbox"/> 啓発ビデオや本などを見たことがある。 <input type="checkbox"/> 講演会などに参加したことがある。 <input type="checkbox"/> 継続的に学習を行っている。 その他( )		
人数	名 (男性 名:女性 名)	所要時間	約 5 時間
年齢層	歳代 ~ 歳代		
交通手段	<input type="checkbox"/> 路線バス利用 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 観光バス利用 <input type="checkbox"/> タクシー利用 <input type="checkbox"/> その他( )		
その他(特に希望する事項)			

(注) 原則として人数は20名以上といたします。20名に満たない場合、お断りすることがありますので御了承下さい。

※(1) 予め、お電話にてご相談をお願いします。

邑久光明園 TEL 0869-25-0011 内線2214 (庶務係)

FAX 0869-25-1763

※(2) 事前調整の結果、見学日等が確定しましたら、正式に公文書で依頼して下さい。