

(文書番号)
〇〇年〇〇月〇〇日

愛媛県在宅介護研修センター
理事長 高浜 壮一郎 様

代表者印を押印してください。
なお、押印できない場合は、“代表者
印省略”と記載してください。

団体名 有料老人ホーム〇〇〇〇
代表者名 施設長 〇〇 〇〇

代表
者印

施設見学について（依頼）

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご厚誼にあずかり、厚く御礼申し上げます。

つきましては、次のとおり施設見学をさせていただきますようお願い申し上げます。

記

- 日時 〇〇年〇〇月〇〇日（〇）〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
- 人数 〇〇名
- 研修内容 施設見学とそれに伴う説明
- その他

当研修センターに伝えておきたい
内容があれば、こちらにご記入くだ
さい。

以上

連絡先：有料老人ホーム〇〇〇

担当者名 事務室 〇〇 〇〇
住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 愛媛県〇〇市〇〇町〇〇番地
電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇（内線〇〇〇）
F A X 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
M a i l abc@abcd. co. jp