

スヌーズレン予約申込用紙

お電話ありがとうございました。スヌーズレンのご予約お受けいたしました。内容の確認のため、下記にご記入のうえ、FAXでご返信いただきますよう、よろしくお願いいたします。

ふりがな			
氏名			
利用人数	合計	内訳	
	人	障がいをお持ちの方	人
		付き添いの方 (保護者、職員等)	人
施設名			
電話番号			
利用年月日	年	月	日
利用時間	:	~	: まで
	※利用はおおむね1時間とさせていただきます。		
備考			

岩手県立児童館 いわて子どもの森
〒028-5134 岩手県二戸郡一戸町奥中山西田子1468-2
TEL: 0195-35-3888

送信先

FAX: 0195-35-3889

職員記入欄

受理日		受付職員		対応職員	
-----	--	------	--	------	--