

(文書番号)
平成〇〇年〇月〇日

愛媛県在宅介護研修センター
理事長 高浜 壮一郎 様

有料老人ホーム □□□□□
施設長 ○○ ○○

代表
者印

代表者印を押印ください。
なお、押印できない場合は、
“代表者印省略”と記載を
お願いします。

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、見学及び研修をさせていただきますようお願いいたします。

記

1. 日 時 平成〇〇年〇月〇日（○） : ~ :
2. 人 数 〇〇名
3. 研修内容 施設見学とそれにとりまなう説明
4. その他

当センターに伝えておきたい内容があれば、
“4. その他” にご記入ください。

以上

連絡先：組織名

担当者名

住 所

電 話

F A X

M a i l