

株式会社 JAシンセラ 行  
TEL 019-639-3400  
FAX 019-637-1099

## 視察研修申込書

平成 年 月 日

団体名	
住所	
電話番号等	電話           —           — FAX           —           —
申込者 部署・役職・氏名	
視察希望日時	平成       年       月       日   (    ) 時       分       ~       時       分
人数	
視察目的 (具体的内容)	
視察希望場所又は施設	
必要準備資料	
備考	