大村市社会福祉協議会 行き （FAX 0957－54－1365）（mail：honbu@omura-shakyo.net ）

視 察 依 頼 書

申 込 日　　年　　月　　日

申請者	団体名			
	住 所			
	電 話		FAX	
	E-mail		担当者	
視察者数	名 （うち引率者　　名）		交通手段	
希望日時	① 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　： ② 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　： ③ 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：			
場 所				
宿 泊	宿泊 あり ・ なし	地元宿泊	大村市以外宿泊	
希望内容	総務班	□法人運営関係 □ボランテイア活動 □地域ふれあい館関係　□その他（　　）		
	地域支援班	□生活困窮者自立相談支援事業　□日常生活自立支援事業 □自立支援協議会　□貸付資金 □災害支援等　□地域福祉活動計画 □その他（　　）		
	生活支援班	□障がい者相談事業（委託・指定等） □療育支援センター　□地域移行・定着支援 □自立生活援助事業　□保育所等訪問支援事業 □地域活動支援センター事業　□その他（　　）		
	その他	（　　）		
依頼の目的や具体的な内容等				
その他要望事項など				

視察費用 当日支払	基本料金（資料代）	□ 20 名まで 2時間　10,000 円	10,000 円①
		□ 20 名以上　一人 500 円 ×＿＿名 ＝ ＿＿＿＿	円②
	その他（対応できない場合あり）	□ コーヒー（300 円）　×＿＿名 ＝ ＿＿＿＿	円③
		□ ランチ（500 円～1,000 円）＿＿円×＿＿名 ＝ ＿＿＿＿	円④
	合計	① ＋ ② ＋ ③ ＋ ④ ＝ ＿＿＿＿	円

大村市社会福祉協議会 〒856-0832 長崎県大村市本町458－2 大村市中心市街地複合ビル3F
TEL0957-53－1351 FAX0957－54－1365 mail：honbu@omura-shakyo.net