

# 施設見学申込書

申込日：平成 年 月 日

団体名	
連絡先	住所
	-----
	TEL FAX
	-----
連絡担当者	
参加人数	人
希望日時	平成 年 月 日 ( 曜日) 時 分 ~ 時 分
質問内容	

## 【問合先】中空知衛生施設組合リサイクルセンター

〒073-0026 北海道滝川市東滝川 760 番地 1

TEL 0125-75-3800

FAX 0125-75-3801