

# 施設見学申込書

年 月 日

下記のとおり、見学の申し込みを致します。

氏 名	
電 話 番 号	
希 望 日 時	第一希望： 年 月 日 AM/PM : 第二希望： 年 月 日 AM/PM :
人 数	名
施設見学プラン プラン左の□にレ点 最終処分場は下記番号を ( ) に記入ください	<input type="checkbox"/> 1時間プラン：(株)ワトワメディカルのみ <input type="checkbox"/> 半日プラン：(株)ワトワメディカル 最終処分場1箇所 ( ) <input type="checkbox"/> 1日プラン：(株)ワトワメディカル 最終処分場2箇所 ( . ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
最 終 処 分 場	① (公財) 愛知臨海環境整備センター 愛知県知多郡武豊町 (当社より車で40分) ② クリーン開発(株) 愛知県瀬戸市 (当社より車で50分) ③ (株)ミダックはまな 静岡県浜松市西区 (当社より車で1時間15分) ④ 中部リサイクル(株) 名古屋市港区 (当社より車で20分)
※連絡先が異なる場合は 右記に記入ください。	氏 名： 電話番号：

上記確認でき次第、担当者よりご連絡致します。尚、1週間経過しても連絡がない場合、お手数ですが当社までご連絡ください。

## 【申込み先】

〒474-0011

愛知県大府市横根町坊主山1番地の141

(株)ワトワメディカル

TEL：0562-44-2711 FAX：0562-44-2710