

FAX 0259-57-4410 (FAX 送信票は不要です)

佐渡市議会事務局 宛

行政視察事前依頼書

申込日 平成 年 月 日

視察日時 【必須】	第1希望 平成 年 月 日 () 午前・午後 : ~ : 第2希望 平成 年 月 日 () 午前・午後 : ~ :
団体名 【必須】	都・道 市・区 議会 府・県 町・村
委員会・会派名等 【必須】	<input type="checkbox"/> 委員会 () <input type="checkbox"/> 会 派 ()
人 数 【必須】	名 (議員 名・随 行 名・執行部 名)
視察項目 【必須】	項 目 (概要を記載してください) 記載例：移住定住の取組について (詳細な質問事項は視察決定後、別途送付をお願いします) 現地視察の希望 (有 () ・ 無)
連絡先 【必須】	(フリガナ) 所属： 担当者氏名： TEL： FAX： E-mail：
交通機関	佐渡汽船 (両津・小木・赤泊) 港 (:) 着 佐渡汽船 (両津・小木・赤泊) 港 (:) 発 島内の移動手段 レンタカー・タクシー・路線バス・その他 ()
宿泊先	<input type="checkbox"/> 島内 (宿泊先：) <input type="checkbox"/> 島外 <input type="checkbox"/> 無・未定

※【必須】項目は必ず記載してください。

事務局処理欄 (以下は記入しないでください)

担当課との調整	<input type="checkbox"/> 連絡日 / 担当課 担当者 <input type="checkbox"/> 連絡日 / 担当課 担当者 <input type="checkbox"/> 連絡日 / 担当課 担当者
受 入 れ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (理由)
相手先へ連絡	<input type="checkbox"/> FAX (月 日) <input type="checkbox"/> 電話 (月 日)