**団　体　見　学　届**

令和　　年　　月　　日

千葉県水産総合研究センター

内水面水産研究所長　　　　　　様

団体名

所在地

担当者（幹事）氏名

ＴＥＬ

　私たちは、以下のとおり見学を希望いたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　令　和　　　年　　　月　　　日 |
|  | 　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 目　　　的 |  |
|  | 人 |
| 備　　　考 |  |

※・土曜日、日曜日及び祝祭日並びに年末年始（１２月２８日～１月３日）は、見学できません。

　・中止や変更があった場合は、速やかに御連絡ください。

　　（TEL：０４３－４６１－２２８８　FAX：０４３－４６０－１３４０）

　・学校の場合は、学校名と学年を御記入ください。

　・見学時間は、スライド解説を含め１時間程度が目安です。