見 学 申 込 書

八王子綜合卸売協同組合　宛て　　20　　年　　月　　日

TEL:　042-645-6300
FAX:　**042-645-6302**
Email:　info_desk@8ichi.com

学校名
又は団体名
住所
TEL
FAX
（所属・肩書など）
担当者名　　㊞

次の通り、八王子綜合卸売協同組合への見学を申し込みます。

目　　的	
日　　時	20　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分～　　時　　分
見学団体名	
入場人数	計　　名　（大人　　名・子供　　名）
来場方法	□電車　　・□バス（大型・中型・小型）　　台　　・□徒歩
当日の担当者及び連絡先	担当者名 携帯番号
備　　考	※原則、市場内での大型バスの駐車はご遠慮頂いております。