

長島愛生園見学等申込書

団体名			
代表者名			
担当者名		内線番号	
住所（郵便番号）			
電話番号			
FAX 〃			
当日連絡がとれる番号（携帯電話）	引率者名	携帯電話番号	
日時	平成 年 月 日（ ） 時 分～		
来園の目的			
希望する学習内容	<input type="checkbox"/> 歴史館見学 <input type="checkbox"/> 園内見学 <input type="checkbox"/> 入所者の講演（火・水・木曜日、午後のみ。要相談） <input type="checkbox"/> 園長若しくは医師の講義（医療従事者、医療関係学生向け講義。要相談） その他（ ）		
ハンセン病に対する基礎知識	<input type="checkbox"/> テレビ・新聞などの報道で知っている <input type="checkbox"/> 啓発ビデオや本などを見たことがある <input type="checkbox"/> 講演会などに参加したことがある <input type="checkbox"/> 継続的に学習を行っている その他（ ）		
来園人数	名（男性 名：女性 名）	滞在時間	時間
年齢層	歳代～ 歳代		
園までの交通手段	<input type="checkbox"/> 路線バス利用 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 民間会社の観光バスにて来園 <input type="checkbox"/> タクシー利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
その他 （特に希望する事柄）			

