

邑久光明園 施設見学申込書(事前調整用)

施設見学をご希望の方は下記の必要事項を記入又はチェックしていただき、担当者まで
FAX又は電子メールでご連絡ください。(後日、当園担当者から電話にて日程等調整を
させていただきます。)

申込日 令和 年 月 日

団体名	(代表者)				
ご担当者		役職			
連絡先住所					
電話番号			FAX番号		
E-mail					
目的					
人数	名 (男性 名:女性 名)		年齢層	歳代 ~ 歳代	
希望日時	第一希望	令和	年	月	日 () 曜日 : ~ :
	第二希望	令和	年	月	日 () 曜日 : ~ :
	第三希望	令和	年	月	日 () 曜日 : ~ :
標準的な 学習内容	講義等希望内容			所要時間(目安)	
	<input type="checkbox"/> 園長の講義			45分~1時間30分	
	<input type="checkbox"/> 入所者の講話			1時間~1時間30分	
	<input type="checkbox"/> 施設見学(フィールドワーク)			30分~1時間	
	<input type="checkbox"/> 施設見学(資料展示室)			30分~1時間	
<input type="checkbox"/> 納骨堂での献花			約15分		
ハンセン病 に対する 基礎知識 の有無	<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。 <input type="checkbox"/> その他()				
交通手段	<input type="checkbox"/> 路線バス利用 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 観光バス利用(マイクロバス・大型バス) <input type="checkbox"/> タクシー利用 <input type="checkbox"/> その他()				
その他 (特に希望 する事項)					

(注1) 原則として人数は10名以上といたします。10名に満たない場合は、ご相談ください。
なお、25名以上の場合には半分に分かれての見学になります。

(注2) 「入所者居室への訪問」は行っておりませんので、あらかじめご了承ください。

担当 : 国立療養所 邑久光明園 庶務班長

TEL : 0869-25-0011 FAX : 0869-25-1763

Email : oku-komyoen@mhlw.go.jp