年　　　　月　　　　日

**横浜少年鑑別所見学依頼書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 団体名 |  |
| 代表者 |  |
| 2 | 連絡先 | 郵便番号 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 当日の緊急連絡先 | （氏名）　　　　　　　　　　　（電話） |
| 3 | 見学日時 | 年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 4 | 参加人数 |  名 |
| ※参加者全員の名簿を添付してください。 |
| 5 | 見学の目的 |  |
| 6 | 質問事項等 |  |

〇　参観における留意事項について確認いただき、チェックしてください。

* **横浜少年鑑別所参観に当たっての留意事項を確認しました。**

※参観者の名簿、バスで来庁される場合の車両番号については、見学日の５日前までに送付をお願いいたします。

【連絡先】　横浜少年鑑別所

〒233-0003　横浜市港南区港南４－２－１

電話　０４５－８４１－２５２５（代表）

FAX ０４５－８４０－１２６６