平成　　年　　月　　日

ＦＡＸ　０４７６－４０－３８８１

印西市健康福祉部高齢者福祉課　行

**印西市地域包括支援センター運営事業業務委託法人公募説明会参加申込書**

１　開催日時　　平成２９年１１月１７日（金） 午後２時００分から

２　開催場所　　印西市役所　会議棟２０４会議室

３　申込期限　　平成２９年１１月１６日（木）午後５時１５分まで

　　　　　　　　ファクシミリまたは電子メールにて提出してください。

　　　　　　　 （提出先）

　　　　　　　　印西市 健康福祉部 高齢者福祉課

　　　　　　　　 ＦＡＸ　０４７６－４０－３８８１

Ｅ-mail　koureika@city.inzai.chiba.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　－　　 |
| 代表者職氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 応募予定圏域 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者氏名 |  |
|  |
|  |

※ 公募説明会への出席は、応募要件となりますので、応募予定法人は必ず出席してください。

※ 送信後は必ず電話で送信した旨を伝え、着信したことを確認してください。

電話　０４７６－３３－４５９３