【申込先】

　地域包括ケア推進課支援体制担当　古口宛

　FAX　２６－５９３６

　Eﾒｰﾙ　shien-zinzai@city.hakodate.hokkaido.jp

福祉拠点運営業務に係る公募説明会　参加申込書

令和３年５月２１日（金）に開催される，公募説明会への参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者 | 部　署 |  |
| 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 電　話 |  | FAX |  |
| 参加者 | 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 職　名 |  | 氏　名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 応募予定圏域 |  |

※参加者は各法人**３名まで**とさせていただきます。

※**令和３年５月２０日（木）１７時まで**にFAXまたはEメールによりお申込みください。