【様式12】

ＦＡＸ番号：045-664-0403

Ｅ－ｍａｉｌ：kf-entai@city.yokohama.jp

横浜市健康福祉局生活支援課援護対策担当

**横浜市寿生活館応募説明会申込書**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

団体名

担 当 者 名

電 話 番 号

横浜市寿生活館指定管理者応募説明会に出席します。

（令和２年４月10日（金）午後２時より、横浜市寿福祉プラザの２階会議室にて実施）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 部署・職名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　※　申込期間：令和２年３月30日（月）午後５時まで

　※　申込方法：ＦＡＸまたはE-mailでこの用紙を健康福祉局援護対策担当あてに送付してください。

　※　申込書を送付後に、送付にした旨の電話連絡をお願いします。