別紙３－２

令和　年　月　日

**現地見学会申込書**

提出先：横浜市健康福祉局障害支援課

E-Mail：kf-seikatsushiencenter@city.yokohama.jp

所在地

法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　（印省略）

横浜市精神障害者生活支援センター指定管理者の選定に関する現地見学会に、当法人に所属する以下の職員の参加を申し込みます。

１　見学希望先施設名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 区精神障害者生活支援センター |

２　参加者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 所　属 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

現地見学会に関する担当者名・事務連絡先　 お名前：

 Tel：