（別紙１）

福祉保健研修交流センターウィリング横浜

応募説明会　申込書

令和○年○月○日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

担当者名

電話番号

福祉保健研修交流センターウィリング横浜の現地見学会・応募者説明会について、次のとおり参加を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 | 部署・職名 | 出席内容（希望に〇） |
| （　　　　　　　） |  | 現地見学会のみ ／ 応募説明会のみ ／ 両方 |
| （　　　　　　　） |  | 現地見学会のみ ／ 応募説明会のみ ／ 両方 |
| （　　　　　　　） |  | 現地見学会のみ ／ 応募説明会のみ ／ 両方 |

【お申し込みについて】

|  |
| --- |
| 期限：令和４年６月30日（木）午後５時まで方法：E-mail又はFAXで、健康福祉局地域支援課あてに送付してください。・E-mail　　kf-chiikishien@city.yokohama.jp・FAX　045-664-3622 |