送信先：S1140604@section.metro.tokyo.jp

　 東京都福祉局高齢者施策推進部施設支援課施設調整担当　宛

　　（様式１）

|  |
| --- |
| **事業者説明会参加申込書**事業者説明会の参加を申し込みます。日時：令和７年３月17日（月）午後２時00分から午後４時00分まで場所：都庁第一本庁舎28階28Ｃ会議室 |
| （　フ　リ　ガ　ナ　） | 　 |
| 法　　　人　　　名 | 　 |
| 連 絡 先 | （フリガナ） |  |
| 担　当　者 |  |
| 部　署　名 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
|  |
| 電　　　話 |  |
| Ｅ メ ー ル |  |
| ※　担当者名は、事務的な連絡に対応できる方を複数名記入してください。※　**この事業者説明会への参加は、応募申込への前提条件となります。**※　説明会には、公募要項・様式をお持ちください。※　説明会の参加人数は、４名以内としてください。 |