送信先：【ＦＡＸ】０３－５３８８－１４００

　　　 【メール】S0000762@section.metro.tokyo.jp

　 東京都福祉保健局総務部契約管財課財産管理担当　宛

（様式１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業者説明会参加申込書（兼　現地見学会参加申込書）**１．施設種別（いずれかに　○　を付けてください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設種別 | 障害者支援施設 | ・ | 特別養護老人ホーム |

２．事業者説明会の参加を申し込みます。日時：令和元年10月24日（木曜日）午前10時～午前11時【障害者支援施設】午前11時～午前12時【特別養護老人ホーム】場所：都庁第一本庁舎26階26Ｃ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 | 　 |
| Ｆ　Ａ　Ｘ | 　 |
| 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。３．現地見学会の参加希望日　（いずれかに　○　を付けてください。） |
|  |  |
| 希望日 | 令和元年10月28日（月曜日） | ・ | 令和元年10月29日（火曜日） | ・ | 令和元年10月30日（水曜日） |
| ※　集合場所については、事業者説明会の際に、お知らせします。 |