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。 | | | | | | | |