**ＦＡＸ：０４７－３６６－７７４８**

様式Ａ

宛て先：福祉長寿部　高齢者支援課　地域包括ケア推進担当室　行

**（期限：令和元年５月２4日（金）午後4時まで）**

**松戸市地域包括支援センター公募説明会参加申込書**

１．開催日時　　　令和元年５月２８（火）午前10時から

２．開催場所　　　松戸市竹ヶ花74番地の3　松戸市中央保健福祉センター

地下1階会議室

**【参加申込書】**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 住所 |  |
| 参加人数 | 　　人 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |
| 応募予定圏域 |  |

**【参加者】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 参加者氏名 | 役職名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |

３．申込みについて

（１）　申込み先：松戸市　福祉長寿部　高齢者支援課　地域包括ケア推進担当室

（２）　**ＦＡＸ番号：０４７－3６６－７７４８**

（３）　**申込み期限：令和元年５月２4日（金）午後4時まで**

（４）　公募説明会の出席は応募の要件となりますので、応募予定法人は必ず出席してください。