様式Ａ

令和　　年　　月　　日

横浜市保土ケ谷区福祉保健活動拠点申請団体向け説明会申込書

(申請先)

横浜市保土ケ谷区長

(申請者)

　所　在　地

　団体名

　担当者名

　電話番号

保土ケ谷区福祉保健活動拠点申請団体向け説明会に、次のとおり参加を申し込みます。

（令和７年１月16日（木）午後３時から、保土ケ谷区役所５階　501・502会議室にて）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　　名 | 部署・職名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

【お申し込みについて】

|  |
| --- |
| 期限：令和７年１月６日（月）午後５時まで  方法：E-mail又はFAXで、この用紙を保土ケ谷区福祉保健課事業企画担当あてに送付してください。 |