(様式８)

現 地 見 学 ・ 説 明 会 申 込 書

令和　年　月　日

応募申込予定者 所 在 地

名　　称

（代表者名）

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

横浜市市有建物を活用した障害者雇用創出・就労啓発事業にかかる運営事業者募集の現地見学・説明会に、次のとおり申し込みます。

希望日：第１回　令和４年８月３日（水）　（　　）

　　　　第２回　令和４年８月５日（金）　（　　）

**※御希望の回に○をしてください。**

参加人数：　　名

（事務担当責任者）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・役職名 |  |
| 氏　名 |  |
| 連　絡　先 | （所在地）  （電話）  （ＦＡＸ） |

提出期限：第１回　令和４年８月１日（月）17時まで

第２回　令和４年８月３日（水）17時まで

提出先：横浜市健康福祉局障害自立支援課就労支援係

Ｅメールアドレス：kf-syuurou@city.yokohama.jp

ＦＡＸ番号：045-671-3566