別紙様式８

提出先：石川県健康福祉部障害保健福祉課管理グループ　行

ＦＡＸ番号：０７６－２２５－１４２９

電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：[shofuku2@pref.ishikawa.lg.jp](mailto:shofuku2@pref.ishikawa.lg.jp)

現地説明会参加申込書

（錦　城　学　園）

|  |
| --- |
| 【開催概要】  １　開催日時  令和４年８月３０日（火）　午前１０時３０分から  ２　集合場所・時間  　　石川県立錦城学園　会議室　　午前１０時１５分までに集合  ３　参加人数  　　１法人につき３名まで  ４　申込方法  　　令和４年８月２２日（月）午後５時までに本申込書を上記の提出先まで、ＦＡＸ又は電子メールで提出してください。 |

法人名：

担当者氏名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：

下記の職員について、参加を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 職名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |