

様式 1

医療的ケア対応の生活介護事業所等に関するサウンディング型市場調査
「現地見学・説明会申込票」

令和 年 月 日

1	事業者情報 (グループの場合) 構成事業者名	名称			
		住所			
2	担当者	氏名			
		所属部署			
		電話			
		e-mail			
3	現地見学・説明会 希望日	希望する日時に☑を入れてください			
		9月18日	☐ 9:30~10:30	☐ 11:00~12:00	☐ 14:00~15:00
		9月19日	☐ 9:30~10:30	☐ 11:00~12:00	☐ 14:00~15:00
		9月20日	☐ 9:30~10:30	☐ 11:00~12:00	☐ 14:00~15:00
4	現地見学・説明会 参加予定者の氏名		氏名	部署	役職
		(1)			
		(2)			
		(3)			

- * 現地見学・説明会申込票の受領後、実施日時を9月12日までに電子メールにてご連絡いたします。(都合により希望に沿えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。)
- * 現地見学・説明会に出席する人数は、1事業者(グループ)3名以内としてください。

- 【申込票の提出期限】 令和6年9月9日(月)
- 【申込票の提出先】 市川市福祉部障がい者支援課へ電子メールにてご提出ください。
shogaishashien@city.ichikawa.lg.jp
- 【電子メールの件名】 件名は「サウンディング現地見学・説明会申込」としてください。