**玉名市拠点型介護予防事業　会場事前確認申込書**

令和　　年　　月　　日

　　所　 在　 地

　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

拠点型介護予防事業会場事前確認について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 会場名・場所 | 申込会場に〇 |
| 玉陵会場（独立行政法人くまもと県北病院　たまきなホール）  令和７年１月10日（金）午前９時30分～午前11時30分 |  |
| 玉南会場（玉名市伊倉ふれあいセンター）  令和７年１月15日（金）午前９時30分～午前11時30分 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 職名 | 会場事前確認参加者 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**※ 備考**

①　会場の事前確認への参加人数は１団体につき３人以内とします。

②　上記時間内にお越しください。

③　確認時に発生した駐車場代などの経費は参加事業者が負担してください。

④　令和７年１月９日（木）午後４時までに、ファックス又は電子メールにて本書を添付して申込みください。なお、ファックス及び電子メール送信の際には、送信先の連絡先を十分に御確認ください。

⑤　当日会場で募集要項、業務仕様書等の資料は配布しませんので、ホームページから資料を印　刷の上、御持参ください。

　⑥　事前確認日に各会場における質問は一切受け付けません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者所属 |  | | |
| 担当者氏名 |  | E-mail |  |
| 電話番号 |  |