

(様式第 2 号)

## 通所訪問型短期集中サービス事業委託 説明会 参加申込書

令和 年 ( 年) 月 日

事業者名	
豊中市 事業者登録番号	
担当者名	
担当者連絡先	TEL : FAX : E-mail :
参加代表者名 (担当者と同じ場合は 記入不要)	

**締切り : 令和 3 年 10 月 19 日 (火) 17:15 まで**

**【提出先】**

豊中市役所 長寿安心課 介護予防係 (担当者: 森田・中田)

豊中市中桜塚 3-1-1 (第 2 庁舎 1 階)

TEL : 06 (6858) 2865

E-mail : kaigoyobou@city.toyonaka.osaka.jp