

現地説明会等参加申込書

（宛先） 美波町政策推進課

TEL 0884-77-3616

FAX 0884-77-1666

つぎのとおり、美波町医療保健センター地域交流ステーション指定管理者募集現地説明会等への参加を申し込みます。

| | |
|--------------------|-------------------------|
| 申込者 (氏名又は団体名) | 所在地： 名称： 代表者氏名： |
| 参加者氏名 (1団体3名まで) | |
| 担当者連絡先 | 担当者名： 電 話： F A X： |

参加申込締切：令和8年2月9日（月）