（別紙様式１）

年　　月　　日

山形県健康福祉部長　殿

所在地

名　称

代表者氏名

「山形県視覚障がい者情報センター」現地説明会参加申込書

　標記の件について、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　参加者所属・職氏名（※３名まで） | ① |
| ② |
| ③ |
| ２　担当者所属・職氏名 |  |
| ３　連絡先住所 |  |
| ４　連絡先電話番号 |  |
| ５　連絡先ファックス番号 |  |
| ６　連絡先メールアドレス |  |