別紙

 説 明 会 参 加 申 込 （ 欠 席 ） 書

令和　　　年　　　月　　　日

　高知県子ども・福祉政策部子ども家庭課　児童福祉担当　大石　あて

　電子メール　060401＠ken.pref.kochi.lg.jp

　ＦＡＸ　088-823-9658

　※提出期限：令和６年４月19日（金）17時まで

　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　ヤングケアラー普及啓発事業（漫画教材制作）委託業務公募型プロポーザルの説明会に参加します。

　日時：令和６年４月22日（月）10時00分から30分程度

　場所：高知県保健衛生総合庁舎　１階　大会議室（高知市丸ノ内２丁目４－１）

出席人数　　　　　名

担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者所属 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |

※説明会を欠席する場合は、出席人数を０名とし、担当者連絡先に記入の上、提出してください。

※事業所が遠方である等の理由でZoomでの参加を希望される場合は提出時にその旨をお伝え下さい。