

令和 年 月 日

令和3年度

北見市地域密着型サービス事業者の公募に係る事業者説明会申込書

法人名	名 称	
	住 所	〒
	連絡先	
	Eメール	
出席者①	氏 名	
	役 職	
出席者②	氏 名	
	役 職	

申込先 北見市保健福祉部介護福祉課 総務係
北見市大通西3丁目1番地1
電話 0157-25-114
FAX 0157-26-6323
Eメール kaigo@city.kitami.lg.jp