

八王子市心身障害者福祉センター

指定管理者募集応募者連絡先

| | |
|-------|--|
| 法 人 名 | |
| 連 絡 先 | 住所 〒 |
| | 電子メールアドレス |
| | 電話 () — |
| | ファックス () — |
| 担 当 者 | 所属・役職名 |
| | 氏名 |

※ パソコン等で作成しても構いません。