藤沢市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）実施事業者

募集に係る参加表明書

藤沢市長

　　年　　月　　日

事業者所在地

事 業 者 名

代 表 者 名

　　　　　　　　　　　　　　担 当 者 名

　　　　　　　　　　　　　　電 話 番 号

 　　　　　　 ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

　２０２５年（令和７年）　月　日に公表された「藤沢市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）実施事業者募集要項」に基づき、参加を表明します。

　実施概要

（施設①）

　施設名：

所在地：藤沢市

（施設②）

　施設名：

所在地：藤沢市

（施設③）

　施設名：

所在地：藤沢市

※複数の施設で実施予定の場合は、全て記入してください。

※枠が足りない場合には、適宜追加してください。