**町立大淀病院跡地活用に係るサウンディング型市場調査**

**≪エントリーシート≫**

平成　　年　　月　　日

（受付期間：平成29年11月17日（金）17時締切）

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| ※グループで参加いただく場合は構成グループ名をご記入ください。 |
| 法人所在地 |  |
| 担　当　者 | 所属法人名部署・役職 |  |
| 氏名 |  |
| E-mail |  |
| TEL |  |
| 直接対話の希望日を記入し、時間帯をチェックしてください。（必ず、第１希望から第３希望まで記入してください。） |
| 第１希望 | 月　　日（　） | □ 午前 　□ 午後 　□ どちらでもよい |
| 第２希望 | 月　　日（　） | □ 午前 　□ 午後 　□ どちらでもよい |
| 第３希望 | 月　　日（　） | □ 午前 　□ 午後 　□ どちらでもよい |
| 所属法人名・部署・役職 | 対話参加者　氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| * 実施要領P4　「2.応募者の備えるべき参加資格要件」に掲げる要件を満たす。

（該当する場合は☑してください。） |

※氏名、法人名にふりがなを記載してください。

※平成29年11月17日（金）17時までに実施要領P6　「4.(4)問い合わせ先」に記載するE-mailアドレス又はFAX番号宛てに提出してください。（お送りいただいた後、電話連絡いただくなど、行き違いの防止にご協力ください。）

※日程調整の上、実施日時を平成29年11月20日（月）にご連絡します。（都合によりご希望に添えない場合もございますので、あらかじめご了承下さい。）

※対話の実施期間は、平成29年11月24日（金）～30日（木）の午前(9時から12時まで)、午後(13時から17時まで)とします。参加希望日及び時間帯を実施期間内で3か所記入してください。