

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 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
第2希望	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
第3希望	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
所属法人名・部署・役職			対話参加者 氏名	
<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。