【様式４】

対話日時等調整票

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）事業者名 |  |
| 所在地 | （〒　　－　　　） |
| 担当者連絡先 | 部署・氏名 |  |
| E-mail |  |
| 電話番号（日中ご連絡が取れる番号） |  |
| 参加者※対面方式のみ、３人程度まで | 部署名・役職 | （ふりがな）氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 実施方法 | 希望する対話方法をチェックしてください。□　対面方式　□　ＷＥＢ会議形式 |
| 対話希望日※第３希望までご記入ください | 令和６年１０月２１日（月）、２４日（木）、２５日（金）のうち |
| 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 |

※グループで参加される場合は、事業者名欄に代表事業者名を記載いただくとともに、担当者連絡先の部署・氏名欄及び参加者の部署名・役職欄に事業者名を追記してください。

※日程調整後、サウンディング実施日をご連絡いたします。

都合によりご希望に添えない場合もございますので、あらかじめご了承ください。