サウンディング参加申込書

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 事業者名 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 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） |  |
| サウンディング参加者※参加者は３名までとさせていただきます。 | 部署名・役職 | フリガナ |
| 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 対話希望日※第３希望までご記入ください。 | 令和６年１０月１６日（水）から１０月１８日（金）までのうち |
| 第１希望 | １０月　　日（　）[ ] 　午前　　[ ]  午後　　[ ]  どちらでもよい形式：[ ]  対面　　[ ]  WEB |
| 第２希望 | １０月　　日（　）[ ] 　午前　　[ ]  午後　　[ ]  どちらでもよい形式：[ ]  対面　　[ ]  WEB |
| 第３希望 | １０月　　日（　）[ ] 　午前　　[ ]  午後　　[ ]  どちらでもよい形式：[ ]  対面　　[ ]  WEB |

※グループで参加される場合は、「事業者名」欄及び「代表者　職・氏名」欄に代表事業者の情報をご記載いただくとともに、担当者連絡先の部署・氏名欄及びサウンディング参加者の部署名・役職欄に法人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。