**サウンディング型市場調査　参加表明書**

**＜市有地等活用による看護小規模多機能型居宅介護事業者の**

**公募検討に係るサウンディング型市場調査＞**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 法人名 | |  | | | | |
| 法人所在地 | |  | | | | |
| サウンディングの主担当者 | | 氏名 |  | | 部署 |  |
| E-mail |  | | | |
| TEL |  | | | |
| ２ | サウンディングにおける対話の希望日を記入し、時間帯をチェックしてください。  （第１希望日から第３希望日まで記入してください。） | | | | | | |
| 第１希望 |  | | | □午前　　　□午後　　　□どちらでもよい | | |
| 第２希望 |  | | | □午前　　　□午後　　　□どちらでもよい | | |
| 第３希望 |  | | | □午前　　　□午後　　　□どちらでもよい | | |
| ３ | 対話参加予定者氏名 | | | 所属法人名・部署・役職 | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |