

【福祉会館サウンディング】 参加エントリーシート

1	事業者名			
	事業者所在地			
	グループの場合 の構成事業者名			
	担当者	氏名		部署
E-mail				
Tel				
2	サウンディングの希望日時を記入し、時間帯をチェックしてください。 (第3希望まで記入してください。)			
	サウンディングは、平日の午前9時～午後5時(終了時刻)のうち、1～2時間程度を予定しています。			
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
	参加予定者氏名	事業者名・部署・役職		
	①			
②				
③				
3	その他 (上記以外に連絡事項等 があれば記入してくださ い)			

※ エントリーシート受領後、調整の上、実施日時及び場所などをEメールにて御連絡します。
(都合により希望に添えない場合もありますので、あらかじめ御了承ください。)