**サ ウ ン デ ィ ン グ 参 加 申 込 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名  法人、任意団体または個人事業主名等 |  | | | |
| 所 在 地 | 〒 | | | |
| 代表者 | 役　　職 | |  | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　名 | |  | |
| サウンディング  担当者 | 所属企業･  部 署 名･  役　　職･ | |  | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　名 | |  | |
| 電　話 | |  | |
| ＦＡＸ | |  | |
| メール | |  | |
| サウンディング実施希望日時  ※希望する時間に  チェック  ※所要時間は１時  間程度を予定 | 第１希望 | | 令和　　年　　月　　日（　）　 □10時 　□14時 | |
| 第２希望 | | 令和　　年　　月　　日（　）　 □10時 　□14時 | |
| 第３希望 | | 令和　　年　　月　　日（　）　 □10時 　□14時 | |
| サウンディング  参加予定者 | 1 | 役　　職 | |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　名 | |  |
| 2 | 役　　職 | |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　名 | |  |
| 3 | 役　　職 | |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　名 | |  |
| 4 | 役　　職 | |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　名 | |  |
| ※ サウンディング日時は希望日時を考慮しますが、希望に添えない場合は別途調整させて頂きます。  ※ 参加者はサウンディング担当者を含め4名以内とさせて頂きます。 | | | | |