**エントリーシート**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | |
| 法人所在地 |  | | | | |
| グル―プの場合  の構成法人名 |  | | | | |
| サウンディング担当者 | ふりがな  氏　名 | |  | 所属法人名  部署・役職 |  |
| 電話番号 | |  | | |
| Eメール | |  | | |
| サウンディングの希望日を記入し、時間帯をチェックしてください。（※3つ以上記入してください） | | | | | |
| 月　　日　（　） | | * 午前　　□　午後　　　□ どちらでもよい | | | |
| 月　　日　（　） | | * 午前　　□　午後　　　□ どちらでもよい | | | |
| 月　　日　（　） | | * 午前　　□　午後　　　□ どちらでもよい | | | |
| 月　　日　（　） | | * 午前　　□　午後　　　□ どちらでもよい | | | |
| 月　　日　（　） | | * 午前　　□　午後　　　□ どちらでもよい | | | |
| 対話参加予定者氏名 | | 所属法人名・部署・役職 | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |

※グループの場合、「法人名」「法人所在地」は代表となる法人について記載をお願いします。

※サウンディング（個別ヒアリング）の実施期間は、**令和6年１０月７日（月）～１０月１１日（金）の１０時～１７時**とします。参加希望日を実施期間内で３つ以上記入してください。

※エントリーシート受領後、調整の上、実施日時及び場所を電子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。）

※対話に出席する人数は、１事業者（グループ）につき３名以内とします。