エントリーシート

＜福知山市基幹相談支援センター運営事業実施に向けたサウンディング＞

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所在地 |  |
| サウンディング担当者 | 氏名 |  | 所属部署 |  |
| TEL |  |
| MAIL |  |
| 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希望から第3希望まで全て御記入ください。 |
| 第1希望 | 　月　　日（　　） | □ 午前　　□ 午後　　□ どちらでもよい |
| 第2希望 | 　月　　日（　　） | □ 午前　　□ 午後　　□ どちらでもよい |
| 第3希望 | 　月　　日（　　） | □ 午前　　□ 午後　　□ どちらでもよい |
| 対話参加予定者氏名 | 所属部署・役職 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |