別紙　（秋田県健康福祉部地域・家庭福祉課あて　chifuku@pref.akita.lg.jp）

**<千秋学園建替事業に関するサウンディング型市場調査>**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 法人名 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| （グループの場合）  構成団体名 |  | | | |
| 担当者 | 所属企業・部署名 | | |  |
| 氏名 | | |  |
| 電話番号 | | |  |
| E-mail | | |  |
| ２ | 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。 | | | | |
| 月　　日（　） | | □10～12時　□13～15時　□15～17時　□何時でもよい | | |
| 月　　日（　） | | □10～12時　□13～15時　□15～17時　□何時でもよい | | |
| 月　　日（　） | | □10～12時　□13～15時　□15～17時　□何時でもよい | | |
| ３ | サウンディング  参加予定者氏名 | | | 所属法人名・部署・役職 | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |

**サウンディング・エントリーシート**

※　対話の実施期間は、令和４年１２月２６日（月）～２７日（火）の午前１０時～午後５時（終了時刻）とします。

※　エントリーシート受領後、調整の上、実施日時等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、予め御了承ください。）

※　対話に出席する人数は、１グループにつき３名以内としてください。