サウンディング参加申込書

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 法人名又は  グループ名 |  | | | |
| 法人所在地（グループの場合は代表法人所在地） |  | | | |
| グループの場合の構成法人名 |  | | | |
| サウンディング担当者 | 氏名 |  | | |
| 所属法人名、部署 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| ２ | サウンディング希望日時（１２月1３日、１６日、１７日のいずれかを記入してください） | | | | |
| 第1希望 | １２月　　日　（　）　午　前　・　午　後 | | | |
| 第2希望 | １２月　　日　（　）　午　前　・　午　後 | | | |
| 第3希望 | １２月　　日　（　）　午　前　・　午　後 | | | |
| ３ | 参加予定者氏名 | 所属法人名 | | 部署 | 役職 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| ４ | 貴法人（グループ）にて行っている介護保険事業の実績をご記入ください。 | | | | |
|  | | | | |

※実施要領「９．問い合わせ先」記載のメールアドレス宛てに送付してください。

※件名は【サウンディング参加申込】としてください。