【様式１】

小金井市立本町高齢者在宅サービスセンターサウンディング型市場調査

＜　現地説明会申込票　＞

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 法人名  ※１ |  | | |
| 所在地 |  | | |
| （グループの場合）  構成法人名 |  | | |
| サウンディング  担当者 | 氏名 | |  |
| 所属企業・部署名 | |  |
| E-mail | |  |
| 電話 | |  |
| ２ | 見学会の希望日を記入し、時間帯をチェックしてください。  （最低でも**２か所以上**記入してください。） | | | |
| ８月２８日(月) | □13:30～14:30 □15：00～16：00 | | |
| ８月３０日(水) | □9:30～10:30 □11:00～12:00 □13:30～14:30 □15：00～16：00 | | |
| ３ | 現地説明会  参加予定者氏名 | | 所属法人名・部署・役職 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |

※１ グループで参加する場合は、法人名等の欄に全ての構成法人について記載してください。

※２ 現地説明会申込票の受領後、調整の上、実施日時及び場所を、８月１８日（金）に、電子メールにてご連絡します。（都合により希望に沿えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。）

※３ 現地説明会に出席する人数は、「１社又は１グループ」につき、３名以内としてください。ただし、３名以上となる場合や他の日時を希望する場合は、事前にご相談ください。

※４ 申込の受付期限　　【令和５年８月１４日（月）午後５時】

※５ 申込票の提出先　　小金井市福祉保健部介護福祉課（s050303@koganei-shi.jp）へ電子メールにてご提出ください。