

様式 2

エントリーシート

<旧公立藤岡総合病院に関するサウンディング型市場調査>

平成30年 月 日

1	法人の名称			
	法人の所在地			
	グループの場合、 その他の構成法人 の名称			
	対話の担当者	フリガナ 氏 名		
		所属法人名・ 部署・役職		
電話番号				
Eメールアドレス				
2	対話の希望日を記入し、希望の時間帯（午前または午後）を○で囲んでください。 （対話は平成30年3月20日（火）・22日（木）・23日（金）の3日間で実施します。）			
	第1希望	3月 日（ ）	午前 ・ 午後	
	第2希望	3月 日（ ）	午前 ・ 午後	
	第3希望	3月 日（ ）	午前 ・ 午後	
3	対話参加予定者の氏名	所属法人名・部署・役職		

※対話への参加は、1法人または1グループにつき6名までとさせていただきます。