

参加申込書兼誓約書

旧高松市民病院及び旧香川診療所の跡地・跡施設の有効活用に向けてのサウンディング型市場調査実施要領5の(1)のサウンディングの対象については、該当することを誓約します。

(宛先)

高松市病院事業管理者

年 月 日

参加者 所在地
(法人等の所在地)
商号又は名称
代表者氏名

印

<旧高松市民病院及び旧香川診療所の跡地・跡施設の有効活用に向けてのサウンディング型市場調査>

1	法人名					
	法人所在地					
	グループの場合の構成法人名					
	対話の担当者	氏名		所属法人名		
E-mail						
Tel						
2	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希望日から第3希望日まで全て記入してください(土・日・祝日を除く)。					
	第1希望日	月	日()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
	第2希望日	月	日()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
	第3希望日	月	日()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
3	対話参加予定者氏名		所属法人名・部署・役職			

※ 対話の実施期間は、2019年5月20日(月)～同月31日(金)のうち1日とします(日曜日、祝日法に定める休日及び土曜日以外の日)。

参加希望日及び時間帯を第3希望日まで記入してください。

※ 参加申込書受領後、調整の上、実施日時及び場所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、あらかじめ御了承ください。)

※ 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。