

様式 3

医療的ケア対応の生活介護事業所等に関するサウンディング型市場調査
「エントリーシート」

令和 年 月 日

1	事業者情報	名称			
		住所			
	(グループの場合) 構成事業者名	名称			
2	担当者	氏名			
		所属部署			
		電話			
		e-mail			
3	サウンディング 希望日	希望する日時に☑を入れてください			
		11月26日	☐ 9:30~10:30	☐ 11:00~12:00	☐ 14:00~15:00
		11月27日	☐ 9:30~10:30	☐ 11:00~12:00	☐ 14:00~15:00
		11月28日	☐ 9:30~10:30	☐ 11:00~12:00	☐ 14:00~15:00
4	サウンディング 参加予定者の氏名		氏名	部署	役職
		(1)			
		(2)			
		(3)			

- * エントリーシートの受領後、実施日時を11月15日までに電子メールにてご連絡いたします。
(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。)
- * サウンディングに出席する人数は、1事業者(グループ)3名以内としてください。

- 【申込票の提出期限】 令和6年11月7日(木)
- 【申込票の提出先】 市川市福祉部障がい者支援課へ電子メールにてご提出ください。
shogaishashien@city.ichikawa.lg.jp
- 【電子メールの件名】 件名は「サウンディング参加申込」としてください。