様式１

サウンディング調査参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（グループ名） |  |
| 構成事業者名※グループの場合 |  |
| 所在地（代表者所在地） | 〒　　　－　　　　 |
| 連絡担当者 | 氏名（姓と名の間に全角スペース） |  |
| 所属事業者名・部署 |  |
| E‐Mail |  |
| 電話番号 |  |
| 緊急連絡先（サウンディング当日用） |  |
| サウンディング参加予定者（３名まで） | 所属事業者名 | 部署 | 役職 | 氏名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

【提出先】

　岩手県保健福祉部子ども子育て支援室

　メール：AD0007-4@pref.iwate.jp