**参加申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 団体名 |  |
| 所在地 |  |
| （グループの場合）構成員名 |  |
| サウンディング（対話）担当者 | 氏名 |  |
| 所属企業・部署名 |  |
| E-mail |  |
| Tel |  |
| 2 | 対面にてサウンディングを希望する場合、日時、時間帯を記入してください。 |
| 　　月　日（　） | □9～12時　□13～15時　□15～17時　□何時でもよい |
| 3 | サウンディング(対話)参加予定者氏名 | 所属法人名・部署・役職 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ４ | 活用を検討している施設 | 水分児童館　・　旧東部保育所 ・　旧赤沢児童館 |
| ５ | その他特記事項（本サウンディング(対話)に関して、ご要望がある場合は自由に記載してください。） |

※　サウンディング（対話）の希望時間帯は必ずしもご希望に添えない場合がございます。

（日時、参加人数、その他についてご要望がある場合はご連絡ください。）