＜茅ヶ崎市　サウンディング型市場調査に係る対話シート＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名及び連絡先記入欄 | | |
| 法人名 | |  |
| 代表者名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E－mail |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サウンディング型市場調査希望日 (対話を実施する日程) | | |
| 月　　　日（　　） | AM | PM |
| 月　　　日（　　） | AM | PM |
| 月　　　日（　　） | AM | PM |

※　土日祝日は除きます。

※　AMは9時から12時、PMは13時から17時までの間の30分～１時間程度を予定。

|  |  |
| --- | --- |
| 対話参加予定者氏名 | 所属、役職等 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

＜茅ヶ崎市　サウンディング型市場調査に係る対話シート＞

　（**別紙１）の対象施設について伺います**

* （別紙１）に記載されている対象施設の中で貴法人が関心のある施設について記入して下さい。2施設以上選択していただける場合は、このページをコピーする等、記入欄を適宜増やしていただきますよう、お願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | |
| 希望する  ネーミングライツ料 | 万円/年額 | 希望する  契約年数 | 年間 |
| 付与したい  パートナーメリット |  | | |
| その他 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | |
| 希望する  ネーミングライツ料 | 万円/年額 | 希望する  契約年数 | 年間 |
| 付与したい  パートナーメリット |  | | |
| その他 |  | | |

お忙しい中、御記入いただきありがとうございました。

（申込先）

連絡先：茅ヶ崎市企画部行政改革推進室

所在地：神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎１－１－１

電話：０４６７－８２－１１１１（内線２５３１・２５３２）

FAX：０４６７－８７－８１１８

Mail：gyouseikaikaku@city.chigasaki.kanagawa.jp