事務連絡票

◇事前協議対象の施設

施設名称

◇事前協議担当者

|  |
| --- |
| 施設名 |
| 所属 | 担当者 |
| 住所：〒 |
| TEL： | FAX： |
| e-mail： |

◇通知等送付先

|  |
| --- |
| 施設名 |
| 所属 | 担当者 |
| 住所：〒 |

◇ヒアリング日時の希望について

※次ページのヒアリング予定日時一覧表から選択してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 第１希望 | 　　回　12月　　日（　　）（　　時　　分～　　時　　分） |
| 第２希望 | 　　回　12月　　日（　　）（　　時　　分～　　時　　分） |
| 第３希望 | 　　回　12月　　日（　　）（　　時　　分～　　時　　分） |

◇ヒアリング出席予定者（３名まで）

※開設(予定)者(法人の場合は、法人に所属する者)を含めて構成してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属 | 役職等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

◇その他連絡事項

○ヒアリング予定日時　一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回数 | 日にち | 予定時間 | 会場 |
| １ | 12月10日（月） | 13：30～14：00 | 横浜関内新井ビル４階横浜市医療局　会議室※開始時間の５分前に執務室受付にお越しください。 |
| ２ | 14：15～14：45 |
| ３ | 15：00～15：30 |
| ４ | 15：45～16：15 |
| ５ | 12月11日（火） | 13：30～14：00 |
| ６ | 14：15～14：45 |
| ７ | 15：00～15：30 |
| ８ | 15：45～16：15 |
| ９ | 12月14日（金） | ９：30～10：00 |
| 10 | 10：15～10：45 |
| 11 | 11：00～11：30 |
| 12 | 13：30～14：00 |
| 13 | 14：15～14：45 |
| 14 | 15：00～15：30 |
| 15 | 15：45～16：15 |