サントリー東北サンさんプロジェクト

シン・みらいチャレンジプログラム

2024訪問調整シート

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請団体・個人名** | | | |
|  | | | |
| **担当者名** | | | |
|  | | | |
| TEL |  | email |  |
| **訪問可能日**  ＊日にちと時間帯を記入してください。少し時間帯を広く記入いただけましたら助かります。　（例）５月２７日１４：００～１８：００の間  ＊いただいた日時をもとに調整し改めてご連絡します。 | | | |
| ５月（１４日、１５日、２７日～３１日からご指定ください。） | | | |
| ６月（３日、１０日、１２日、１７日、１８日、１９日、２４日、２５日、２７日**以外**でご指定ください。） | | | |
| ７月（月曜日**以外**でご指定ください。） | | | |
| ８月以降 | | | |
| 訪問場所  （訪問する際の場所を住所、施設名等記入してください） | | | |
|  | | | |
| 訪問前に質問しておきたいこと、ご意見などあればご記入ください。 | | | |
|  | | | |