ヒアリング調査表

　ヒアリング参加予定者

ヒアリングの参加予定者を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **参加予定者氏名** | **所属法人名・部署・役職** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※上記の枠数が足りない場合は、適宜追加してご記入いただいて構いません。

※ご記入いただいた情報は適切な管理を図り、こども病院跡地活用に係る検討以外の目的には使用しません。