**ヒアリングシート**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名及び連絡先記入欄 | | |
| 事業者名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 担　当　者 | 氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 電話・FAX |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 「登米市ネーミングライツパートナー募集に係る対象施設一覧」に記載されている施設の中で関心がある施設について記入してください。 | |
| **施設名** |  |
| **市場性**  （広告効果の有無、ネーミングライツで期待される効果等） |  |
| **命名権料**  （希望する金額） | 万円/年額 |
| **配慮を要する事項**  （契約年数等） |  |
| **その他** |  |

次ページに続きます。

|  |
| --- |
| 本市のネーミングライツ事業全般に関する意見等がありましたら記入してください。 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| サウンディング（対話）の希望について記入してください。（いずれかに○印を記入してください。） | |
| １．希望します。 | ２．希望しません。 |
| 「１．希望します。」に○印を付けた方は実施希望日時を記入してください。  月　　日（ 　）　　**：**　～ | |

御協力ありがとうございました。