（様式１）

県営住宅入居者生活支援事業におけるトライアル・サウンディング　提案事業概要書

(1) 提案事業の名称

(2) 事業者名

|  |  |
| --- | --- |
| 代表事業者 |  |
| 協力事業者有 □無 □ |  |
|  |

(3) 代表連絡先

TEL：

携帯：

FAX：

(4) 希望する県営住宅団地名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団地

(5) 希望する実施期間

　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

(6) 希望する実施時間

　　午前・午後　　　時　　分　～　午前・午後　　　時　　分

(7) 提案事業の内容

|  |
| --- |
| 【事業内容】【事業による県営住宅入居者の利便性向上等に対する考え方】【地域貢献に対する考え方】【事業の実施体制】 |

　　その他補足する事項等があれば、記載してください。

※　(5)(6)に関しては、事前に群馬県住宅供給公社へ相談してください。

※　事業を行う場所を示した平面図等を添付してください。