

金沢市地域デジタルアドバイザー派遣事業 申 込 書

申込者	団体名							
	代表者名							
	担当者名		電話					
	メールアドレス	※パソコンで送受信可能なアドレス(Gmail、Yahooなど)をご記入ください						
利 用 回 数		()回目						
結ネット導入状況 (該当するものに チェックをしてください)		☐ 既に導入している ☐ 導入予定 導入時期 ()年()月ごろ ☐ 導入していない(検討中)						
相談・アドバイス ・サポートを 希望する内容								
派遣希望日時		第1希望		第2希望		第3希望		できるだけ 複数記入し てください。
		月／日	時間	月／日	時間	月／日	時間	
		／	： ～ ：	／	： ～ ：	／	： ～ ：	
派遣希望場所 (オンラインを希望する場合は 会議ツールの名称等)		(会場名)						
		(郵便番号)	〒 -					
		(住所)						

(送付先)市民協働推進課 Eメール kyoudou@city.kanazawa.lg.jp
FAX 076-260-1178

※アドバイザーとの調整は市民協働推進課が行います。必ず事前に申込書を提出してください。
 ※日程調整のため、**相談日の2週間前までにお申込み**ください。(アドバイザーの都合で、対応不可の場合あり)
 ※派遣**終了後は速やかに報告書を提出**願います。

※市民協働推進課記載欄

派遣アドバイザー氏名	派遣日時等
	年 月 日 () 時 分～ 場所：