

＜別紙＞

石川県中小企業団体中央会 行
(FAX: 076-267-7720)

インボイス制度 専門家派遣申込書

申 込 日	令和 年 月 日 ()	受付番号	※事務局使用欄
団 体 名 又は 事業所名			
担当者名		連 絡 先	
		TEL : () -	
		FAX : () -	
		MAIL :	

専門家派遣の概要

開催日	令和 年 月 日 ()	開催時間	: ~ :
開催場所	(市町村)(地番、建物名、部屋番号)を記載		
参加人数	名		
業 種	(いづれかに○印してください) 製造業・卸売業・小売業・運輸業・建設業・サービス業 その他()		
専門家名	(組合や事業所等において指定の講師を利用される場合はご記入ください。なお、 当会指定の専門家(公認会計士又は税理士)を利用される場合は記載不要です。) 税理士事務所名: _____ 講 師 名: _____ 連 絡 先: 電話 () - _____		
備考	※改正電子帳簿保存法に係る説明 ☐ 要		

※この情報は、専門家派遣事業以外には一切使用・開示いたしません

※本会の専門家を利用される場合、ご希望の日程に沿えない場合は、別途調整させていただきます。