

〈別紙〉

石川県中小企業団体中央会 行
(FAX : 076-267-7720)

制度改正に係る専門家派遣申込書

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		
テ ー マ	(諸制度に係る研修テーマをご記入ください。)		
専門家名	(組合や事業所において選定された専門家名等の概要をご記入ください。) 事務所名 : _____ 事業所住所 : _____ 専門家名 : _____ 連 絡 先 : 電話 () -		
備考			

※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。