

石川県中小企業団体中央会 行
 (中央会 F A X : 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
組 合 名 又は 事業所名			
ご担当者名	連 絡 先		
	TEL : ()	-	
	FAX : ()	-	
	MAIL :		

専門家派遣の概要

派遣希望日	令和 年 月 日 ()	派遣時間	: ~ :
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	(いずれかに○印をお願いいたします。該当しない場合はその他欄にご記入願います。) 製造業・卸売業・小売業・運輸業・建設業・サービス業 その他()		
専門家概要	(組合や事業所等で利用されている専門家をご記入ください。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。) 住 所 : _____ 事務所名 : _____ 専門家名 : 役職 _____ 氏名 _____ 専門家連絡先 : 電話 () _____ - _____		
備考	※インボイス制度と電子帳簿保存法密接な関連法規となっています。 改正電子帳簿保存法に係る説明(必要な場合は☑を記入してください。) <input type="checkbox"/> 要		

※予算に達し次第、専門家派遣事業を終了させていただきます。

※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。