

<別紙>

石川県中小企業団体中央会 行
(FAX番号：076-267-7720)

制度改正に伴う専門家派遣申込書

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 :

研修会等の概要

開催日	令和 年 月 日 ()	開催時間	: ~ :
開催場所	(市町村、地番、建物名、部屋番号を記載してください。)		
参加人数	約 名		
テーマ	(諸制度に改正に伴う研修テーマをご記入ください。)		
専門家概要	(組合や事業所等で利用されている専門家の概要をご記入ください。) 住 所 : _____ 事業所名 : _____ 専門家氏名 : 役職 _____ 氏名 _____ 専門家連絡先 : 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。
※申込受付の後、詳細についてご相談させていただきます。(支援経費及び研修テーマ等)
※予算に達し次第、専門家派遣は終了させていただきます。