

FAX: 076-267-7720

石川県中小企業団体中央会 総務課 行

個別専門相談室 申込書

以下ご記入ください。

所属組合名 _____

組合名 または 事業所名	
相談来会者 氏名	
連絡先	TEL _____ FAX _____
希望の日	<input type="checkbox"/> 7月19日(水) <input type="checkbox"/> 8月21日(月) <input type="checkbox"/> 9月20日(水)
相談内容 並びに 希望時間 お時間の変更 をお願いする 場合がございます	<input type="checkbox"/> 税務・会計 <input type="checkbox"/> 10時～ <input type="checkbox"/> 10時30分～ <input type="checkbox"/> 11時～ <input type="checkbox"/> 11時30分～
	<input type="checkbox"/> 法律 <input type="checkbox"/> 13時～ <input type="checkbox"/> 13時30分～ <input type="checkbox"/> 14時～ <input type="checkbox"/> 14時30分～
	<input type="checkbox"/> 労務 <input type="checkbox"/> 15時～ <input type="checkbox"/> 15時30分～ <input type="checkbox"/> 16時～ <input type="checkbox"/> 16時30分～
	<input type="checkbox"/> 事業承継 <input type="checkbox"/> 10時～ <input type="checkbox"/> 11時～ <input type="checkbox"/> 13時～ <input type="checkbox"/> 14時～ <input type="checkbox"/> 15時～ <input type="checkbox"/> 16時～
相談内容	例 ○○について など簡単にご記入ください