

大町商工会議所 中小企業相談所 行

FAXでお申し込みください。

FAX 0261-23-3735

IT導入個別相談会申込書

年 月 日 申込

相談希望 時 間	<input type="checkbox"/> 13:30~14:00 <input type="checkbox"/> 14:00~14:30 <input type="checkbox"/> 14:30~15:00 <input type="checkbox"/> 15:00~15:30 <input type="checkbox"/> 15:30~16:00 <input type="checkbox"/> 16:00~16:30 (ご希望にそえない場合、調整させていただきます。)		
事業所名			
代表者名		担当者名	
所在地	〒 -		
	TEL () -	FAX () -	
業 種			
相談を受けたい具体的な内容			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			