

# 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

## 経営何でも相談会申込書

年 月 日 申込

相談希望 時 間	時	分	(相談時間は30分が目安です。 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				
相談内容	該当する下記の相談へ○印をおつけください。			
① 法 律	② 税務・経理	③ 経営・特許	④ 金融・融資	
⑤ 創 業	⑥ 経営一般	⑦ 労務・労働	⑧ その他の相談	
相談を受けたい具体的な内容				
.....				
.....				
.....				
その他				

※ご提供いただいた個人情報につきましては、本相談会に関する相談とそれに関する連絡に利用するのみにし、他の目的には使用いたしません。