

『経営ワンストップ相談会』 申込書

9月24日（木）開催

須賀川商工会議所 中小企業相談所 行

F A X 0248-76-2127

事業所名			
ふりがな 代表者名			
業種		T E L	
所在地		F A X	
当日の御相談者 (代表者の場合はご記入不要)		従業員数	名
★ご希望の相談時刻を御記入下さい (午後1時から午後4時までの時間) ①第1希望 時 分より30分間 ②第2希望 時 分より30分間			
★相談を希望する機関・専門家 (○で囲んでください。複数可) A. 日本政策金融公庫 B. 税理士 C. 社会保険労務士 D. 須賀川商工会議所			
★相談の内容 ・ ・ 例) 融資・税務など ・ ・ ご案内の一覧表をご参照ください			

※ご記入頂いた内容につきましては、相談を担当する機関・専門家と共同で、相談資料として使用いたします。