

公益財団法人 石川県生活衛生営業指導センター 御中
(FAX番号 076-259-6516)

個別相談申込票 (FAX送信用紙)

次のとおり個別相談を希望しますので、相談票を送付します。

相談をされる方のお名前					
ご住所					
電話番号			FAX番号		
業種 (該当する業種に✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 鮨商	<input type="checkbox"/> 麺類食堂	<input type="checkbox"/> 社交料飲	<input type="checkbox"/> 料理業	
	<input type="checkbox"/> 飲食業	<input type="checkbox"/> 冰雪販売業	<input type="checkbox"/> 理容	<input type="checkbox"/> 美容業	
	<input type="checkbox"/> 興行	<input type="checkbox"/> 旅館ホテル	<input type="checkbox"/> 公衆浴場業	<input type="checkbox"/> クリーニング	
ご相談内容 (該当する項目に✓をつけ、概要を簡単に記載してください)					
<input type="checkbox"/> 雇用調整助成金等について <input type="checkbox"/> 一時支援金について <input type="checkbox"/> 融資関係について <input type="checkbox"/> 経営に関するものについて <input type="checkbox"/> その他					
<small>〈助成金・支援金・補助金・融資等〉の国や地方公共団体から提供に関する申請方法のお手伝いをします。</small>					
相談希望日 (土日祝日を除く)	第一希望日	月	日 ()	午前	午後
	第二希望日	月	日 ()	午前	午後
	[注]希望日に余裕をもって申し込んでください。日程調整をいただく場合もあります。				
相談希望場所	<input type="checkbox"/> 地場産業振興センター会議室 <input type="checkbox"/> その他 ()				