

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"/> 鮭商	<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"/> 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	<input type="checkbox"/> 理容	<input type="checkbox"/> 美容業
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"/> 持続化給付金について						
<input type="checkbox"/> 家賃支援給付金について						
<input type="checkbox"/> 経営に関するものについて						
<input type="checkbox"/> その他						
相談希望日 (土日祝日を除く)	第一希望日	月	日 ( )	午前	午後	時
	第二希望日	月	日 ( )	午前	午後	時
	[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 ( )					