カスタマーハラスメント対策セミナー参加申込書

(公財)岩手県生活衛生営業指導センター あて

FAX：019-654-2741

（ふりがな） 参加者氏名		
貴　社　名 （商号・屋号）		
所　在　地		
TEL・FAX		
メールアドレス **※リモート希望の場合のみ記載**		
参加内容	**対面　・リモート** ※希望する**参加内容に**○をつけてください。	**対面　・リモート** ※希望する**参加内容に**○をつけてください。
個別相談	**希望あり　・　希望なし** ※どちらかに○をつけてください。	**希望あり　・　希望なし** ※どちらかに○をつけてください。
営業されている業種等に○をつけてください。	1 すし　2 中華　3 社交　4 料理　5 飲食 6 食肉　7 理容　8 美容　9 興行　10 旅館ホテル 11 クリーニング　12 その他（　　）	1 すし　2 中華　3 社交　4 料理　5 飲食 6 食肉　7 理容　8 美容　9 興行　10 旅館ホテル 11 クリーニング　12 その他（　　）
加入組合名 ※組合に加盟の場合に記載	＿＿＿＿＿生活衛生同業組合	＿＿＿＿＿生活衛生同業組合

※申込書に記入いただいた事項は、本勉強会の目的のみに使用します。

※参加報告期限：11 月 25 日（水）

ただし、定員（20 名）になり次第、受付をお断りする場合がございますので、予めご了承ください。