

経営支援対策事業指導依頼申込書

令和 年 月 日

(公財) 高知県生活衛生営業指導センター理事長 様

相談希望日	令和 年 月 日		
事業所名			
代表者 役職・氏名			
生年月日	年 月 日 (歳)		
所在地	〒		
電話		F A X	
E - M a i l		ホームページアドレス	
業 種	☐ 理容 ☐ 美容 ☐ 旅館ホテル ☐ クリーニング ☐ 興行 ☐ 喫茶飲食 ☐ 中華料理 ☐ 食肉 ☐ 社交飲食 ☐ その他 ()	組 織	☐ 個人 ☐ 株式 ☐ 有限 ☐ 合名 ☐ 合資 ☐ その他
主要取扱品目 (売上貢献品)		創業年月日 (創業者は予定年月)	年 月 日
資本金 元 入 金	万円	従業員数	名 (事業主・家族従業員を含む)
売上高	(万円 年)	経常利益	(万円 年)
相談区分 (相談したい項目の□内にレ印を)			
☐ 融資 ☐ 経理 ☐ 税務 ☐ 労務 ☐ 衛生 ☐ 経営 ☐ 給付金等 ☐ その他 ()			
相談内容 (相談者の現在の状況を含む)			
【相談内容】			
.....			
【現在の状況】			

個人・企業情報の保護

個人情報保護法に定義する個人情報に該当する情報は、当会で実施する事業で利用します。当該個人情報の第三者(業務委託先を除く)への提供又は開示をいたしません。ただし、貴社の同意がある場合及び法令等に基づき、要請された場合には当該個人情報を提供できるものとします。また、企業情報並びにアドバイスにより知りえた機密事項についても同様に取扱いします。

<申込先> (公財) 高知県生活衛生営業指導センター 〒780-0822 高知市はりまや町3丁目7番6号 パームサイドビル2F
tel.088-855-5100 fax.088-855-5101 E-mail koticenter@seiei.or.jp