**長崎県よろず支援拠点　相談予約申込書**

**連絡先　　　　長崎市桜町4-1　長崎商工会館9Ｆ**

**ＴＥＬ（０９５-８２８-１４６２）**



**申込先**下記申込書にご記入のうえ、ＦＡＸ（０９５－８２８－１４６６）または

　　　　　　　　 メールにて**（**[**yorozu-shien@citrus.ocn.ne.jp**](mailto:yorozu-shien@citrus.ocn.ne.jp)**）**にてお申込み下さい。

**申　込　書**

**長崎県よろず支援拠点　行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏  名 |  | 企  業  名 |  |
| 所  在  地 | （〒　　　－　　　） | | |
| Ｔ  Ｅ  Ｌ |  | Ｆ  Ａ  Ｘ |  |
| 相　談内　容 |  | | |
| 希　望  日　時 |  | | |

※ご記入いただいた個人情報につきましては、個人情報保護法に基づき、この目的以外

には使用しません。