**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****.）**にてお申込み下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　**申　込　書**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 企業名 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　） |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 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。**