

返信先 FAX:(0897)56-2206

専門家派遣申込書

申込日	年 月 日	事業所名	
担当者氏名		連絡先	Tel
			Mail
所在地	〒		
相談希望日時	※申込日より10日間以降の日をご指定ください。 第1希望 月 日 () (: ~ :) 第2希望 月 日 () (: ~ :) 第3希望 月 日 () (: ~ :)	相談場所	西条商工会議所本所 西条商工会議所東予支所 事業所 (ご希望場所に○印をつけてください。)
相談内容 (該当するものにすべてに ✓)	<input type="checkbox"/> 客数・売上減少 <input type="checkbox"/> 資金繰り・資金調達 <input type="checkbox"/> 仕入れ問題 <input type="checkbox"/> 営業全般 <input type="checkbox"/> 新規事業展開 <input type="checkbox"/> 事業承継 <input type="checkbox"/> 雇用問題・労働問題 <input type="checkbox"/> 経営改善 <input type="checkbox"/> 新規マーケット開拓 <input type="checkbox"/> 新商品開発 <input type="checkbox"/> 職業訓練・従業員教育 <input type="checkbox"/> 人手不足 <input type="checkbox"/> その他 ()		
具体的にご相談したいことがございましたらご記入ください。			

※ご記入いただきました個人情報は慎重に取り扱い、本相談会の運営管理の目的にのみ使用いたします。

【お申込み・お問い合わせ先】

西条商工会議所 本 所 TEL 0897-56-2200 FAX 0897-56-2206

東予支所 TEL 0898-64-5000