

八代商工会議所 行

FAX 0965-34-1617

8月豪雨災害特別相談窓口お申込書

事業所情報

フリガナ			フリガナ	
事業所名			代表者名	
			フリガナ	
			ご担当者名	
住 所				
電話番号		メールアドレス		

被災状況(当てはまる箇所にチェックを入れてください。複数可)

<input type="checkbox"/> 建物	<input type="checkbox"/> 機械・設備	<input type="checkbox"/> 車両	<input type="checkbox"/> その他()
-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

相談希望日時(ご希望の日時をご記入の上、ご希望の時間帯にチェックを入れてください。)

第1希望	月 日	<input type="checkbox"/> 10:00	<input type="checkbox"/> 11:00	<input type="checkbox"/> 13:30	<input type="checkbox"/> 14:30	<input type="checkbox"/> 15:30
第2希望	月 日	<input type="checkbox"/> 10:00	<input type="checkbox"/> 11:00	<input type="checkbox"/> 13:30	<input type="checkbox"/> 14:30	<input type="checkbox"/> 15:30

※ご希望の時間等のご意向に沿えない場合がございます。

※本申込書にご記入いただいた個人情報および事業情報は、本相談会の運営およびご相談への回答にのみ利用し、他の目的には一切使用いたしません。