

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。