

生活衛生関係営業経営支援緊急対策 説明会・個別相談申込書

(公財) 茨城県生活衛生営業指導センター 行き

F A X : 0 2 9 - 2 2 5 - 6 6 3 8

E - m a i l : ibarakicenter@seiei.or.jp

令和 年 月 日

フリガナ				
企業名・商号				
代表者名				
住所	〒 -			
担当者名	役職		フリガナ	
			氏名	
連絡先	TEL		FAX	
	e-mail			
業種				
説明会参加希望日	希望日に○を記入 <input type="checkbox"/> 令和2年 8月 4日(火) 14:00~16:00 茨城県三の丸庁舎共用会議室A <input type="checkbox"/> 令和2年 8月25日(火) 14:00~16:00 クラフトシビックホール土浦(土浦市民会館)第2・3会議室			
個別相談	希望 <input type="checkbox"/> , あり <input type="checkbox"/> なし			
相談項目	希望項目に○を記入 <input type="checkbox"/> 雇用調整助成金の申請等 <input type="checkbox"/> 持続化給付金の申請等 <input type="checkbox"/> 生活衛生貸付等融資 <input type="checkbox"/> 家賃支援給付金の申請等 <input type="checkbox"/> 経営に関するもの <input type="checkbox"/> 持続化補助金の申請等			
相談内容				
組合名				