

**30分間無料相談依頼書・応諾連絡票**

【相談者は、麴町法人会の会員企業・経営者・社員等に限りです。】

\*左側、太枠内にご記入後 麴町法人会へFAX(03-3261-9428)して下さい。

|             |  |
|-------------|--|
| 法人会<br>担当者名 |  |
|-------------|--|

【相談依頼人 記入欄】

|                   |  |    |           |
|-------------------|--|----|-----------|
| 会社名               |  |    |           |
| 相談者名              |  |    |           |
| 住所                |  |    |           |
| TEL:              |  |    | FAX:      |
| 相談希望先<br>(選択して○印) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会保険労務士</li> <li>・ 司法書士</li> <li>・ 弁護士</li> </ul> |    |           |
| 相談内容<br>(概要)      | *記載不可の場合は、直接相談事務所に連絡してください<br>(電話番号などは、こうじまち法人会報22年10月号に掲載)                                |    |           |
| 相談希望日時            | 第1希望   | 平成 | 年 月 日     |
|                   |  | 午前 | 時 分 ~ 時 分 |
|                   |  | 午後 | 時 分 ~ 時 分 |
|                   | 第2希望   | 平成 | 年 月 日     |
|                   |  | 午前 | 時 分 ~ 時 分 |
|                   |  | 午後 | 時 分 ~ 時 分 |
|                   | 第3希望   | 平成 | 年 月 日     |
|                   |  | 午前 | 時 分 ~ 時 分 |
|                   |  | 午後 | 時 分 ~ 時 分 |

【担当事務所 記入欄】

|  |  |  |      |
|--|--|--|------|
| 事業所名   |  |  |      |
| 担当者名   |  |  |      |
| 住所   |  |  |      |
| TEL:   |  |  | FAX: |
| 相談をお受けする日時   |  |  |      |
| 平成      年      月      日<br>午前                      時 分 ~ 時 分<br>午後                      時 分 ~ 時 分<br>上記の日時であれば、ご相談をお受けできます。<br>※他の日時を希望する場合には、ご連絡ください。 |  |  |      |
| [連絡事項]   |  |  |      |

\_\_\_\_\_ 御中  
 貴事務所にご相談を頂く件、  
 よろしく願います。

[ 月 日 ]



相談者へFAXして下さい。

[ 月 日 ]

