

年 月 日

申 込 書

- ☐ 無料相談会に参加します。
- ☐ 電話での相談の回答を希望します。
- ☐ 訪問で相談の回答を希望します。(訪問月日 月 日)

法人名		
ご住所		
お電話番号		
お申込責任者名	印	(役職名)
ご参加者名		(役職名)
		(役職名)
備 考	※よろしければ、ご来場時間をご記入下さい	



〒812-0011
福岡市博多区博多駅前3丁目27番25号 第2岡部ビル
指吸会計センター株式会社 福岡支店
TEL 092-471-0347
FAX 092-451-9077