FAX 用ご相談シート

送信先：FAX　045 - 260 - 0340　　横浜介護ビジネス支援センター

※ページ下部の注意事項をご確認の上、ご記入ください

ふりがな		電　　話	
お名前 (担当者)		携帯電話	
		FAX	
		Mail	
ご住所	〒　　-		
ふりがな		電　　話	
会社名		携帯電話	
		FAX	
		Mail	
所在地	〒　　-		
回答の返信先	□電話又　□携帯電話　□FAX　□Mail　　※いずれかにチェック		
ご相談・お問い合わせの内容	できるだけ詳しくご記入ください		

＜注意事項＞

※　会社・法人の方は、お名前欄に担当者氏名及び役職をご記入ください。

※　初回の回答は、無料です。2 回目以降は、事例によっては有料となります。

※　現在、ご自分で手続中又は手続予定の場合は、お答えすることができません。