



FAX 0765-57-3305

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合 宛

令和5年度第4回無料相談申込書

申込日：令和 年 月 日

<b>相談事項・日時</b> 希望日時に○印をしてください。	・1月22日（月）14時から16時	
<b>相談内容</b> 相談内容を簡単に記入してください。		
<b>事業所名</b>		
<b>所在地</b>	〒	
<b>連絡先</b>	電話番号 - -	FAX 番号 - -
	メールアドレス @	
<b>申込者氏名</b>	フリガナ	役職
<b>希望の連絡方法</b> (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX	

※申込書に記載された内容については、当組合の個人情報管理規定に従い厳重に管理し、相談支援に必要な範囲で使用させていただきます。それ以外の目的には使用いたしません。

<組合記入欄>