



FAX 011-251-6789

# NPO法人決算相談会申込書

団 体 名			
出 席 者 名	( 名)		
ご 連 絡 先 (住所・電話番号)	住所：	電話番号：	FAX：
相 談 内 容 (簡潔に記してください)			
希望される日時	日にち	時間	備考
	3月21日(木)	<input type="checkbox"/> 13:00~13:40 <input type="checkbox"/> 13:50~14:30 <input type="checkbox"/> 14:40~15:20 <input type="checkbox"/> 15:30~16:10 <input type="checkbox"/> 16:20~17:00 <input type="checkbox"/> 何時でもよい	
※ 希望時間が重複する場合は、調整する場合があります。			

※ ご記入いただいた個人情報については、本相談会の開催に必要な連絡調整、助言者等への告知、今後の講座や当センターの事業等のご案内のみの目的で使用いたします。