

生衛業者経営支援緊急対策事業 相談依頼申込書

令和 年 月 日

(公財) 埼玉県生活衛生営業指導センター理事長 宛

申込者 住所：

氏名：

店 舗 名 等		資 本 金	万円
代 表 者 名		当該地域での営業年数	年
所 在 地	〒 電話番号 携帯番号		
業 種		従業員数	人
年 間 販 売 額	万円		
相談指導希望日	第一希望日	第二希望日	
指導を受けたい具体的内容			
その他 事業所概要等			

FAX : 048-864-3288