

生衛業者経営支援緊急対策事業指導依頼申込書 年 月 日

(公財) 愛媛県生活衛生営業指導センター理事長 殿

申込者 住所：

氏名：

事業所名			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				
愛媛県生活衛生営業指導センター		☎ 089-924-3305 FAX 089-924-3304		

- 相談は感染予防のため完全予約制とします。
- 申込受付後、申込者に、相談の可否及び時間をお知らせします。
- 当申込書にご記入いただいた内容は、主催者及び相談対応者のみが共有し、相談会の運営事務及び事務連絡の目的のみに使用させていただきます。