

◆参加申込書◆

| | | | |
|--|---|---|---|
| 参加日程 | ↓ 参加希望会場に☑をしてください。 ↓ | | |
| | <input type="checkbox"/> 旭川 | 7月24日(水) | 会場：障害者福祉センターおびった |
| | <input type="checkbox"/> 北見 | 8月1日(木) | 会場：北見市民会館 |
| | <input type="checkbox"/> 札幌 | 8月7日(水) | 会場：プレスト1・7 |
| 参加人数 <small>※代表者含む</small> | 名 | | |
| <small>フリガナ</small> | | | |
| 参加者名 <small>※複数名参加の場合代表者氏名</small> | (必須) | | |
| <small>フリガナ</small> | | | |
| ご住所 | 〒 - | | |
| TEL | (必須) | E-MAIL | |
| 無料相談会 参加希望 | <input type="checkbox"/> 参加を希望する <input type="checkbox"/> 参加を希望しない | | |
| | <small>※「参加を希望する」を選んだ方は以下に相談内容を必ずご記載下さい。</small> | | |
| お申込み方法 |  | 左記のQRコードからお申込み いただくか、右記FAX番号へ 参加申込書を送信してください。 | 旭川：0166-25-4132 (FAX) 北見：0157-24-6108 (FAX) 札幌：011-558-6132 (FAX) |

◆主催◆



税理士法人 中央総合会計

〈旭川〉 〒070-0037 旭川市7条通13丁目59番地4 TEL: 0166-25-4131 FAX: 0166-25-4132

〈北見〉 〒090-0023 北見市北3条東2丁目14番地 TEL: 0157-24-8866 FAX: 0157-24-6108

〈札幌〉 〒060-0001 札幌市中央区北1条西7丁目1番地プレスト1・7 5階

TEL: 011-558-6131 FAX: 011-558-6132