

地域力連携拠点事業

グループ創業セミナー(10/29)受講申込書

所属名 _____

記入者名 _____

連絡先□ _____

役職名	受講者名

個別相談希望 あり・ なし

会場地図

事前に相談内容があればご記入下さい。



送付先 FAX 0 8 3 - 9 2 5 - 1 8 6 0