

滋賀県外国人材受入サポートセンター  
相談申込書

ふりがな	
事業所名	
業 種	
事業所所在地	
事業所規模(従業員数)	<input type="checkbox"/> 30人未満 <input type="checkbox"/> 30~99人 <input type="checkbox"/> 100~499人 <input type="checkbox"/> 500人以上
ふりがな	
ご相談者氏名	
ご担当者 所属・役職	
連絡先電話番号	— —
メールアドレス	
相談方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 出張相談会 <input type="checkbox"/> その他( )
希望日時	年 月 日 午前・午後( )時
相談・お問合せ内容	

※ご提出いただいた企業情報や相談内容は、法令の定めのある場合や御社が同意されている場合を除き、目的外利用することや、第三者に提供することはありません。