

FAX

087-826-3908

(様式第1号)

助成金申請相談申込（受付）票

申込日： 年 月 日

事業所名	〒		役職	
			申込者氏名	
所在地	〒			
電話番号	-	-	メールアドレス	
相談内容	喀痰吸引に係る助成金の説明			
相談実施希望日時	第1希望	月	日	(: ~ :)
	第2希望	月	日	(: ~ :)
	第3希望	月	日	(: ~ :)

※「相談申込（受付）票」に記載された内容につきましては、当センターの個人情報管理規程に従い厳重に管理し、当該コンサルタントによる相談、支部（所）職員による日程調整、内容確認、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。

相談依頼者確認欄

相談実施日にセンター職員が同行しなかった場合につきましては、当該「相談依頼者確認欄」に記載していただき、お手数ですが、当日にコンサルタントにお渡しく下さい。

以下の通り相談を受けたことを確認します。

実施日時/時間	実施場所	担当コンサルタント
年 月 日 : ~ : 時間 分		

相談者署名

印