

にいがた県央地域OB人材バンク相談依頼書

平成 年 月 日

事業所名		
ふりがな 代表者名		
所在地		
業 種		
従業員数		
TEL ()	FAX ()	
Mail	URL	
相談テーマ (可能な限り具体的に、 平易にお書き下さい)		
求める成果		
相談希望項目 アドバイザー名		
相談希望日		

事務局記入欄

アドバイザー	
相談日	

ご記入頂いた情報は当商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用することがあります。なお本情報を第三者に提供する事はございません。