【火曜日・木曜日（10時～16時）の電話相談（事務局：０４３－２３８－２８６６）が

利用できない場合にお申し込みください】

火・木曜日以外のぱあとなあ千葉電話相談申込票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール添付用書式（宛先）事務局：office@cswchiba.com）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 　 | 受講番号 |  |
| 電話番号 |  | 居住地 | 　　　　　市・町・村 |
| メールアドレス |  |
| 相談内容概要 |  |
| 希望相談形態（複数選択可） | □　電話　　　　　　　　□　面談（対面）　　　　□　面談（ZOOM）　　（□　メール簡単な事のみ） |
| 希望相談日時（各１～２時間の幅で記入ください） | 第１希望：　　　月　　日　　時　～　　時第２希望：　　　月　　日　　時　～　　時第３希望：　　　月　　日　　時　～　　時 |

（事務局記入：回答）

|  |  |
| --- | --- |
| 相談者（予定） |  |
| 相談日時（予定） | 　　　　　年　　　月 　　日　　時　～　　時 |