【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](mailto: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 |