

【相談申込】	
希望時間：	
相談者名：	
住 所：	
電 話：	
業 種：	
相談内容	～簡潔にご記入ください～
① コロナ関連	
② 資金調達	
③ デジタル	
④ 事業承継	
⑤ 補助金・助成金	
⑥ その他（インボイス等）	

【お申込み・お問い合わせ先】

(公財) 新潟県生活衛生営業指導センター	
TEL	0 2 5 － 3 7 8 － 2 5 4 0
Fax	0 2 5 － 3 7 8 － 2 5 4 5