

平成 年 月 日

N P O 法人相談受付票

熊本県連合会

TEL 096 - 366 - 8251

FAX 096 - 362 - 7305

予めご記入ください。

法人名 相談者名			
所在地			
電話番号		F A X	
事業目的			
当相談所を 知った方法			
相 談	今回初めて 過去にある (年 月 : 回)		
相談内容 できるだけ 具体的に ご記入 ください			

本票に記載しきれない場合には、別紙に記入して添付してください。

相談時間は1時間以内とさせていただきます。

税理士法第38条（秘密を守る義務）を厳守いたします。