

年 月 日

## N P O 法人相談受付票

南九州税理士会宮崎県連合会

TEL (0985) 28-2578

FAX (0985) 28-3668

※予めご記入ください。

相談 希望日時	月 日 (水) 時 分～1時間		
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	<input type="checkbox"/> 今回初めて <input type="checkbox"/> 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。