

令和 年 月 日

法律相談票

組 合 名

相談者名

電 話

相談内容は、簡潔にご記入ください。（箇条書きでも結構です。）

なお、電話でご連絡いただいても結構です。

＊（相談したいこと）＊

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

連絡先：公益財団法人福岡県生活衛生営業指導センター（担当 岡島）

TEL：092-651-5115

FAX：092-651-5147