お問い合わせFAXシート

ご記入者様情報（ご記入ください）

住　　所			
氏　　名		電話番号	
生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日	携帯電話	

お問い合わせ目的（チェックをお願いします）

□ご依頼　□ご相談・ご質問　□確認事項　□連絡事項　□その他（　　）

お問い合わせ内容をご記入ください　（ご記入日　平成　　年　　月　　日）

ＦＡＸ送信先

FAX 026-466-6093

行　政　書　士　甲　田　事　務　所
〒380-0824　長野市南石堂町1261-6　明光ビル2階
ＴＥＬ:090-9667-5144