様式１

沖縄県商工会連合会　沖縄県よろず支援拠点　新垣　宛

送信先　FAX：098-851-3084　E-mail：contact@yorozu.okinawa

地域支援機関連携フォーラム　参加確認票

【ご提出期限：平成31年2月20日(水)】

下記に必要事項をご記入いただき、FAXまたはE-mailでご提出をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属(貴社・貴機関名) |  |
| ご連絡先 | (電話)(ご担当者名)(ご担当者E-mail) |

　　参加者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属（または役職） | 氏名 | 参加の可否 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |