

無料相談

ご相談は無料となっております。

ご相談内容の回答は原則としてお電話で行います。お電話では説明が困難な場合、日時を決めて面接相談を行います。面接相談は原則として北海道税理士会館で行います。FAXでお申し込みいただいたご相談については火曜日に回答いたします。

お電話でのご相談は —

毎週火曜日（国民の祝日、夏期休暇及び年末年始は除く）

受付時間

午前10時～午前11時30分
午後1時～午後3時30分まで

ご相談電話番号

011-621-7738

FAXでのお申し込みは —

下記内容をご記入になり、当センターまで送信ください。

各項目の該当する口には☑とチェックをお付けください。

ふりがな		電話番号
相談者氏名		()
ご住所	〒	
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士（リーガル会員／その他） <input type="checkbox"/> 社会福祉士（ばあとなあ会員／その他） <input type="checkbox"/> 税理士（北海道・その他（ 会）） <input type="checkbox"/> その他（)	
相談について	<input type="checkbox"/> 今回初めて <input type="checkbox"/> 過去にある（ 回）	
当センターを知った方法	<input type="checkbox"/> チラシ・パンフレット <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 支部からの紹介 <input type="checkbox"/> 行政機関からの案内 <input type="checkbox"/> その他（)	

●相談者が対象者ご本人以外の方は下記もご記入ください。（ご記入できる範囲内で結構です）

ふりがな		年齢	<input type="checkbox"/> 判断能力者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者
対象者氏名		歳	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者
		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他（)
ご住所	〒		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他（)
相談対象者と相談者との関係	<input type="checkbox"/> 親族（) <input type="checkbox"/> 医療介護関係者（) <input type="checkbox"/> その他（)		

●相談者が本会会員の場合

支部・名前

■ご相談内容 お困り事、相談したい内容などをご自由にお書きください。

※相談時間は30分を目安とさせていただきます。

※この受付票及び相談内容など個人情報に関しては、統計資料の作成など当センターの業務に関連した事柄に使用し、その他の目的には使用いたしません。

お申し込みFAX番号 **011-642-0476**