|  |
| --- |
| **確定申告指相談会　参加申込書****〔ＦＡＸ：０２９－２２４－６４４６〕****（ＦＡＸ番号は、くれぐれもお間違えのないようお願いいたします）** |

茨城県中小企業団体中央会　支援課　行

|  |  |
| --- | --- |
| 組合名記入者名電話ＦＡＸE－Mail | －　　　 －－　　　 －　　　　　　＠ |

標記の件に関し、以下のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 出席者氏名 |  | 役職名 |  |
|  |  |
| 参加希望日時（希望日に○を　お付けください） | 第１希望 | 5/23(木)・5/27(月) | 希望時間帯 | 午前 ・ 午後 |
| 第２希望 | 5/23(木)・5/27(月) | 希望時間帯 | 午前 ・ 午後 |

※第２希望まで必ず御記入ください。

**※以下の質問に必ず御回答下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| １．確定申告相談指導の参加にあたり、申告用紙等に下書きをしていますか？ | （　はい　／　いいえ　） |
| ２．貴組合は、適格請求書発行事業者（インボイス登録）ですか？ | （　はい　／　いいえ　） |
| ３．貴組合は、消費税の課税業者ですか？ | （　はい　／　いいえ　） |
| 　※３で「はい」と回答した方は、以下も御回答ください。 |  |
| ３－①．貴組合は昨年４月から新たに課税業者となりましたか？ | （　はい　／　いいえ　） |
| ３－②．貴組合は本則課税ですか、簡易課税ですか？ | （本則課税 ／ 簡易課税） |

**＜お申込み方法＞**

**令和６年５月１７日（金）**までに下記宛にＦＡＸ又はメールにてお申し込みください。

〒310-0801　水戸市桜川2-2-35　茨城県産業会館８階

茨城県中小企業団体中央会　支援課　TEL：029-224-8030　FAX：029-224-6446