**出張相談会　申込書**

**千葉県事業引継ぎ支援センター　行**

**FAX　043-445-8206**

**※相談は完全予約制ですので、原則開催日の１週間前までに下の枠にご記入の上、FAXまたは開催会場に直接お申込みください。**

**受付後、折り返し『希望連絡先』宛に担当者からお電話させていただきます。**

**（親族内承継・親族外承継・譲渡・譲受・その他全般）**

**※ご相談内容を〇でお囲みください**

|  |  |
| --- | --- |
| **申込会場** |  |
| **希望日** | **月　　　　　　日** | **希望時間** | **（ご希望の時間に〇でお囲みください）****10：00　　　　　　　　13：00　　　　　　　　14：30** |
| **フリガナ** |  | **フリガナ** |  |
| **事業者名** |  | **代表者名** | **（　　　　　　歳）** |
| **所在地** | **〒　　　　　－** | **相談者名** | **（代表者との関係　　　　　　　　　　）** |
| **TEL****（会社）** |  | **希望連絡先****TEL** | **＊携帯電話可** |
| **FAX（会社）** |  | **設立年月日** |  | **資本金** |  |
| **業種** |  | **取扱商品** |  | **従業員数** |  |
| **相談趣旨** | **簡単にご記入ください** |

**ご記入いただいきました個人情報は、法令の定めのある場合やご本人が同意している場合を除き、本相談会の実施を目的としてのみ利用いたします。**

**目的外利用することや第三者に提供することはありません。**