



《こちら側からFAXしてください》



相談会申込書

1 相談申込書を
ファックス

2 支援センターより
「希望連絡先」へご連絡

3 相談日の調整

送信先⇒ 千葉県事業承継・引継ぎ支援センター宛 FAX 043-305-5273

会場： 栄町商工会

TEL 0476-95-0245

お申込日

年

月

日

フリガナ			
事業所名			
フリガナ	フリガナ		
代表者名 (歳)	相談者名	(代表者との関係)	
ご住所			
TEL (会社)	希望連絡先	※携帯電話可	
FAX (会社)	設立年月	年	月
業 種	取扱商品		
従業員数 人(うちパート 人)	資本金	万円	
ご相談内容を チェックしてください	<input type="checkbox"/> 親族内承継 <input type="checkbox"/> 親族外承継 (<input type="checkbox"/> 従業員等 <input type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 譲受) <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> その他全般		
具体的な ご相談内容	簡単にご記入ください		
相談希望日	相談可能な時間をすべて <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。当所で調整させていただきます。 【 月 日】 <input type="checkbox"/> 10:00~ <input type="checkbox"/> 13:00~ <input type="checkbox"/> 14:30~		

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。
先着順でのお申込みとなります。他の相談者と時間が重なった場合は、調整させていただきます。

※ご提出いただいた個人情報、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、
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。