

地域力連携拠点事業  
専門家による無料相談会 申込書  
(FAX0242-27-1207)

平成 年 月 日

相談分野	①・②・③・④・⑤ (○をお付け下さい) _____ 月 _____ 日開催分		
事業所名		代表者名	
住 所	(〒 _____ )		
TEL	_____	FAX	_____
業種または 開業予定の業種		従業員数	
創業年月日 法人設立年月日	_____年 _____月 _____年 _____月	資本金	_____万円
相談者名		役 職	
相談内容	具体的にご記入下さい		
備 考	希望相談時間等		
※新規創業のご相談のみ下記にご記入下さい。(該当項目へ○をお付け下さい)			
開業予定次期	1. 短期 (1年以内) → _____カ月後 2. 長期 (1年以降) → _____年後 3. 未定		
開業予定の 企業形態	1. 個人 2. 法人		

※専門家の助言は経営課題に関して解決の方向性を示し、役立てていくことを基本としております。  
貴事業所が行う実務作業の代行はいたしませんので、ご了承下さい。