



《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	簡単に記入ください		
相談希望日	相談可能な時間をすべて☑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、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。