

出張相談会 申込書

(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○でお囲みください

千葉県事業引継ぎ支援センター 行

FAX 043-445-8206

申込会場			
希望時間	(希望する受付時間に○を2つまで付してください) 10:00 11:10 13:00 14:10 15:20		
フリガナ		フリガナ	
事業所名		代表者名	(歳)
所在地	〒 ー	相談者名	
TEL (会社)		希望連絡先 TEL	*携帯電話可
FAX (会社)		設立年月日	年 月
業種		取扱商品	
従業員数	人 (パート 人)	資本金	万円

ご記入いただ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。