

事業承継相談申込書

(福岡県中小企業家同友会 経営相談室内事業承継係)

FAX : 092-686-1230

※下の太枠内にご記入の上、e-doy又はFAXにてお知らせください。
折り返し「希望連絡先のお電話」に事務局より連絡いたします。

フリガナ		支部名	フリガナ		年 齢
事業所名			代表者名		
住 所	〒	—	フリガナ		年 齢
			相談者名		
			役 職		
会社TEL			希望連絡先	※携帯電話可	
会社FAX			創 業	年	月
			設 立	年	月
業 種			取扱商品		
			サービス		
従業員数	人 (うちパート 人)		資本金	千円	
直近の業績	直近の決算書をお持ちください				
ご相談の具体的内容					

ご相談希望日時	第一希望	月	日 ()	:	~
	第二希望	月	日 ()	:	~
	第三希望	月	日 ()	:	~

※本相談会の主旨は、方向性を示すことを目的とし、相談内容に基づく判断は、
相談者の責任において行うものとし、以上の主旨を了解した上でお申し込みください。