

事業引継ぎ支援 相談申込書



※今一度、送信先FAX番号をご確認の上、お間違えのないようにご送信ください。

[送信先：秋田県事業引継ぎ支援センター宛] FAX:018-864-6660

フリガナ 事業所名		フリガナ 代表者名 (役職)	
フリガナ 相談者名 (役職)		業種	
所在地	(〒 -)		
①固定電話		②携帯電話	
③メールアドレス			
希望連絡方法	当センターからのご希望の連絡方法を以下の□にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ①固定電話へのご連絡 <input type="checkbox"/> ②携帯電話へのご連絡 <input type="checkbox"/> ③メールでのご連絡		
事業内容 (主なサービス・製品概要)			

[ご相談内容] 具体的な相談内容についてご記入ください。

※ご記入いただいた情報、相談内容は秘密情報として厳重に管理いたします。(秘密厳守)
 なお、必要に応じて当引継ぎ支援センターの外部専門家(弁護士・公認会計士等)および関連機関(東北経済産業局、中小企業庁、
 中小企業再生支援全国本部等)に開示する場合があります。

事務局欄	受付日	年	月	日	担当者
------	-----	---	---	---	-----