

# 相 談 申 込 書

相談  
申込書を  
ファックス

当センター  
からのご連絡

相談日の  
調整

※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：秋田県事業承継・引継ぎ支援センター宛 FAX.018-864-6660

フリガナ		フリガナ	
事業所名		代表者名 (役職)	
フリガナ		業 種	
相談者名 (役職)			
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 製品概要等)			
ご相談 内 容	該当する箇所の□にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ①親族内承継 <input type="checkbox"/> ②従業員等への承継 <input type="checkbox"/> ③第三者承継 <input type="checkbox"/> ④その他 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、中小企業事業承継・引継ぎ支援全国本部等)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]
------	-------	---	---	---	-------