

相談申込書 (FAX用)

下記の枠内にご記入の上、FAX してください。FAX 受付後、当方より相談者にご連絡いたします。

フリガナ			フリガナ			
事業所名			代表者名 (役職名)	()		
所在地	〒 — —		フリガナ			
			相談者名 (役職名)	<input type="checkbox"/> ※同上的場合 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ()		
TEL(会社)	— —		相談者 携帯番号	— —		
E-mail アドレス	@		連絡希望先	ご希望の連絡方法に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> TEL(会社) <input type="checkbox"/> 相談者携帯電話 <input type="checkbox"/> E-mail ※記載がない場合は相談者携帯番号へご連絡させていただきます。		
業種			取扱商品			
従業員数	人 (内パート 人)		資本金	万円		
直近の業績	決算期	売上高	営業利益	経常利益	純資産額	借入金額
	年 月	(千円)	(千円)	(千円)	(千円)	(千円)
ご相談内容①	<input type="checkbox"/> 親族承継 <input type="checkbox"/> 親族外承継 (従業員等) <input type="checkbox"/> 第三者承継		ご相談内容②	<input type="checkbox"/> 譲渡希望 (売り希望) <input type="checkbox"/> 譲受希望 (買い希望)		
	その他 具体的なご相談内容			※譲受希望(買い希望)の方は下記に希望する業種・地域・条件・等 具体的にご記入ください		
(以下、具体的な相談内容の記入欄)						

※この面を FAX してください。

紹介機関名 ()

注意事項

①反社会的勢力とのかかわりがない旨の誓約

私、会社の実質的支配者もしくは会社の取締役、監査役、相談役、顧問等の役員が、反社会的勢力に該当しないことを誓約します。

②情報の取り扱いについて

私の事業及び会社に関する情報は、他の事業承継・引継ぎ支援センター、事業承継・引継ぎ支援全国本部および中小企業庁、各経済産業局に提供されることに同意します。

③資料の取り扱いについて

相談あるいは支援を受けるに際して、貴センターにお渡しする、会社ないし事業に関する資料等は、相談あるいは支援が終了した段階で、貴センターに破棄されることを承知します。

上記の注意事項を確認・同意した上で、当社事業の承継に関わる相談を申し込みます。

同意します。 同意していただければ を入れてください。

お問い合わせ・お申込先

経済産業省 近畿経済産業局 委託事業

福井県事業承継・引継ぎ支援センター

〒918-8580 福井県福井市西木田 2-8-1
福井商工会議所ビル 2 階

TEL : 0776-33-8279
FAX : 0776-33-8286

E-mail : info@fukui-shoukei.jp