山形県よろず支援拠点　相談申込書

申込日：平成　　年　　月　　日（　　）
相談日：平成　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：

■相談者情報

事業所名		業種	
会社形態	法人 ・ 個人 ・ 創業前 ・ その他　　※ ○をつけてください		
所在地	〒 (TEL)　　－　　－　　(FAX)　　－　　－		
代表者名		Webサイト	
資本金	万円	従業員数	人
売上高	万円	リスケ	あり ・ なし
創業時期	西暦　　年　　月　　創業		

相談担当者情報

氏名		部署名	
電話	－　　－	役職名	
携帯	－　　－	メール	

紹介者（連携支援機関様）情報 （特になければ記入の必要はありません）

所属		部署名	
氏名		役職名	
電話	－　　－	FAX	－　　－
携帯	－　　－	メール	

■ご相談内容■ （該当する相談内容の番号を○で囲んでください。）

1. 売上拡大　2. 経営改善・事業再生　3. 創業　4. 再チャレンジ　5. 事業承継
6. 廃業　7、その他（　　）

■具体的な相談内容■

山形県よろず支援拠点の利用にあたり、別紙の留意事項について了承しました。

年　　月　　日　　氏名：

山形県よろず支援拠点　E-MAIL yorozu@ynet.or.jp　FAX 023-643-2882