

山形県よろず支援拠点 相談申込書

申込み日 年 月 日 ()

相談日 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	リスク	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： _____