**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（　　）　　　　：　　　　～　　　　：　　　　　)

※相談日は、よろず支援拠点で記入します。

■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 | 既借入金の条件変更 | あり　・　なし |
| 創業時期 | 　　西暦　　　　　　　　　年　　　月　　　　　創業 |

相談担当者情報　※メールアドレスは必須です

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 部署名 |  |
| 電話 | 　　　－　　　－ | 役職名 |  |
| 携帯 | 　　　－　　　－ | **メール**(必須) |  |

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　E-MAIL****yorozu@ynet.or.jp** **FAX 023-643-2882** |

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：