

返信先 FAX : (0897) 56-2206

専門家派遣申込書

申込日		事業所名	
連絡担当者	(フリガナ) 氏名		
	住所	(〒 -)	
	電話番号	E-mail	
事業内容		従業員数	
資本金額 (法人以外は記載不要)		万円	設立年月日 年 月 日
直近1期(1年間) の売上高(千円)		千円	直近1期(1年間)の 売上総利益(千円) 千円
相談内容 (該当箇所すべてに <input checked="" type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> 客数・売上減少 <input type="checkbox"/> 資金繰り・資金調達 <input type="checkbox"/> 仕入れ問題 <input type="checkbox"/> 営業全般 <input type="checkbox"/> 新規事業展開 <input type="checkbox"/> 事業承継 <input type="checkbox"/> 雇用問題・労働問題 <input type="checkbox"/> 経営改善 <input type="checkbox"/> 新規マーケット開拓 <input type="checkbox"/> 新商品開発 <input type="checkbox"/> 職業訓練・従業員教育 <input type="checkbox"/> 人手不足 <input type="checkbox"/> その他()	
具体的にご相談したいことがございましたらご記入ください			
希望相談日 申込日より10日間以降の日 をご指定下さい	第1希望	月 日 () (: ~ :)	
	第2希望	月 日 () (: ~ :)	
	第3希望	月 日 () (: ~ :)	
相談場所 ご希望場所をご指定下さい	①西条商工会議所本所 ②西条商工会議所東予支所 ③事業所		
準備物	※下記資料をご準備できていれば申込時にご提出お願いします。 あらかじめ講師へお渡ししておきます。 <input type="checkbox"/> 補助金関係…作成中の事業計画書		
事務局補足事項	事前資料 ①有り() ②無し		

※ご記入いただきました個人情報は慎重に取り扱い、本相談会の運営管理の目的にのみ使用いたします。