



事業承継 臨時相談会 相談申込書

相談予約お申込先 佐賀県事業承継・引継ぎ支援センター

↑ FAX 0952-26-6911 ↑

事業所名		業種 事業内容	
	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 創業予定	従業員	名(内パート等 名)
所在地	〒	連絡先	
相談者名	(歳) 役職名 :		
相談日月.....日	会場名 (○印を付けてください)	①佐賀 ②唐津 ③鳥栖 ④武雄 ⑤伊万里
希望枠 ※	第1希望 ①10:00~ ②11:00~ ③13:00~ ④14:00~	第2希望 ①10:00~ ②11:00~ ③13:00~ ④14:00~	第3希望 ①10:00~ ②11:00~ ③13:00~ ④14:00~
相談内容	<input type="checkbox"/> 親族承継 <input type="checkbox"/> 従業員承継 <input type="checkbox"/> 後継者不在 <input type="checkbox"/> 経営者保証解除 <input type="checkbox"/> その他		
ご要望等	ご相談内容をご記入ください		

※ご希望に添えない場合がございますのでその際はご了承ください。その際は別の日程で調整させていただきます。枠は決まり次第担当よりご連絡いたします。

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は、佐賀県事業承継・引継ぎ支援センターが相談会に関わる連絡(事後連絡を含む)及び記録等のためにのみ使用し、本人のご了承無に他の目的で利用することはありません。