

ごしよがわら圏域創業相談ルーム利用申込書

五所川原創業・事業承継支援センター 行

(FAX:0173-23-0335) (E-mail:sougyoshien@gmail.com)

※このまま送信してください。送り状は不要です。

※右QRコードから申込サイトへアクセスして申込みすることもできます。



	ふりがな	性別	男	女
氏名		生年月日	昭和	平成
住所	〒 -		年	月 日
電話番号		E-mail		

私は反社会的勢力者(注)ではありません。※内容をご確認の上、に✓を入れてください。

注：暴力、威力と詐欺的手法を駆使して経済的利益を追求する集団、個人（H19.6.19犯罪対策関係会議幹事会「企業が反社会的勢力による被害を防止するための指針」参照）

相談内容 (<input type="checkbox"/> に✓を入れてください。)	
(1) 創業予定の方	
①創業希望時期	<input type="checkbox"/> 創業間近（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 計画中 <input type="checkbox"/> 未定
②創業プラン	<input type="checkbox"/> 明確にある <input type="checkbox"/> おおまかにある <input type="checkbox"/> ない
(2) 創業済みの方	
創業時期	年 月 日
(3) 相談内容	
<input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 小売業 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 飲食業
<input type="checkbox"/> 経営 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 財務 <input type="checkbox"/> 人材育成 <input type="checkbox"/> 販路開拓
(4) 相談方法	
<input type="checkbox"/> 対面相談希望 <input type="checkbox"/> オンライン相談希望	
自由記載欄	

R8年度 相談希望日・時間をご記入ください。					
月	日	希望時間	月	日	希望時間
4	7		10	6	
	14			13	
	21			20	
	28			27	
5	12		11	4	
	19			10	
	26			17	
6	2		12	24	
	9			1	
	16			8	
	23			15	
	30			22	
7	7		1	5	
	14			12	
	21			19	
	28			26	
8	4		2	2	
	12			9	
	18			16	
	25			24	
	29				
9	1		3	2	
	8			9	
	15			16	
	29			23	

※予約状況により、ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。