

事業承継相談申込書

申込日 年 月 日

フリガナ				
事業所名				
所在地	〒			
フリガナ		年齢		役職
代表者名		歳		
フリガナ		年齢		役職
相談者名		歳		
T E L		Eメール		
F A X		業種		
ご相談内容				

○ 支援機関(商工団体、金融機関等)を通じて申し込まれる場合には、紹介団体をご記入ください。

紹介支援機関名			
ご担当者名		T E L	

※ご記入いただいた情報、相談内容は目的外利用することはありません。秘密情報として厳重に管理いたします。

ご記入の上、FAXまたはご郵送ください。受付後、担当者よりご連絡いたします。



送付先

佐賀県事業承継ネットワーク事務局

FAX

0952(26)6911

ご郵送

〒840-0826 佐賀市白山2-1-12 佐賀商工ビル 6F