

FAX : 019-681-0828

岩手県事業承継ネットワーク事務局 行

(※相談内容によって、別の機関からご連絡を差し上げる場合があります。)

### 事業承継相談申込書

事業所名			
所在地			
代表者名 (年齢)	( 歳)		
業種			
役員・従業員数	役員： 人 (※法人のみ/代表者を含む人数) 従業員： 人/パート・アルバイト 人		
資本金 (※法人のみ)	万円	創業年	年
連絡先	TEL :		
	FAX :		
	E-mail :		
本件の連絡先	代表者 ・ 後継予定者 ・ その他 ( )		

後継予定者の有無	有 (どなたですか→ ) ・ 無
----------	------------------

相談内容	①親族への承継に関する相談
	②従業員への承継に関する相談
	③会社・事業の譲渡に関する相談
	④会社・事業の譲受に関する相談
	⑤経営者保証に関する相談
	⑥その他 ( )
相談の経緯 (複数可)	<input type="checkbox"/> 関係者からの紹介 <input type="checkbox"/> チラシ・ポスターを見た <input type="checkbox"/> 新聞広告を見た <input type="checkbox"/> ラジオCMを聞いた <input type="checkbox"/> HPを見た <input type="checkbox"/> その他( )

※事務局記入欄

<個人情報の利用目的のご案内>

当局は個人情報を、以下の目的で使用し管理します。また、入手した情報は個人情報保護法等の法令に定めのある場合を除き、個人情報をあらかじめご本人の同意を得ることなく、第三者に提供致しません。・各種相談やお問い合わせに関する対応など・セミナーなどに関する情報のご案内 (送付を含みます)・当局が実施する各種調査の公表 (※公表する際は特定の個人を識別できないように配慮します)