

F A X : 0 7 7 - 5 2 6 - 5 8 6 0

滋賀県事業承継総合支援センター あて

## 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）	百万円	創業時期	年 月
連絡先	Tele :		
	E-Mail :		
本件の連絡先	代表者 ・ 後継予定 ・ その他 ( )		

後継予定者の有無	<input type="checkbox"/> 有（どなたですか⇒ ) <input type="checkbox"/> 無		
相談内容	<input type="checkbox"/> 親族への承継について	<input type="checkbox"/> 経営者保証について	
	<input type="checkbox"/> 従業員への承継について	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 会社・事業の譲渡について		
	<input type="checkbox"/> 会社・事業の譲受について		
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	<input type="checkbox"/> 新聞等
	<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)

提供いただいた個人情報は、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
- ・ セミナーなどに関する情報のご案内（送付を含みます。）
- ・ 実施する各種調査の公表（※公表の際は、特定できないように配慮します。）