

出張相談会 申込書

鎌ヶ谷市商工会行

FAX 047-442-1493

※相談は完全予約制ですので、原則開催日の1週間前までに下の枠にご記入の上、FAX または開催会場に直接お申込みください。

受付後、折り返し『希望連絡先』宛に担当者からお電話させていただきます。

(親族内承継・親族外承継・譲渡・譲受・その他全般)

※ご相談内容を○でお困みください

申込会場			
希望日	月 日	希望時間	(ご希望の時間に○でお困みください) 10:00 13:00 14:30
フリガナ			フリガナ
事業者名			代表者名 (歳)
所在地	〒 -	相談者名	(代表者との関係)
TEL (会社)			希望連絡先 TEL *携帯電話可
FAX (会社)			設立年月日 資本金
業種		取扱商品	従業員数
相談趣旨	簡単にご記入ください		

ご記入いただきました個人情報は、法令の定めのある場合やご本人が同意している場合を除き、本相談会の実施を目的としてのみ利用いたします。

目的外利用することや第三者に提供することはありません。