

FAX : 019-624-2300

FAXでお送りの際は、くれぐれも番号をお間違えのないようご注意ください。

「岩手県中小企業活性化協議会」相談申込シート

FAX受信後、相談日についてご連絡致します。

受付日 年 月 日

(※申込内容は可能な範囲でご記入ください)

(面接日 年 月 日)

企業名		設立年月日(西暦)	年	月	日
代表者名		代表者年齢			才
所在地	(〒 -)				
TEL		FAX			

業種			金融機関名	金額	
取扱品目		金融機関からの借入状況	①	万円	
資本金	万円		②	万円	
従業員数	人		③	万円	
直近3期の業績		売上高	経常利益	当期純利益	借入金合計
	年 月期	万円	万円	万円	万円
	年 月期	万円	万円	万円	万円
	年 月期	万円	万円	万円	万円

相談理由及び現状(現在の経営状態・相談に至った経緯など)

どのような支援を希望しますか (☑を入れてください。)

①経営アドバイス

②資金繰りアドバイス

③事業計画策定支援

④金融機関調整

⑤廃業支援

⑥その他 ()

相談者 (役職:)

今後の連絡方法 TEL: (会社・自宅・携帯)

メール:

※ご記入いただいた情報は、当協議会の再生支援の活動にのみ利用します。

秘密厳守・相談無料、お気軽にご相談ください。

◆岩手県中小企業活性化協議会◆

〒020-0875 盛岡市清水町14-17 中圭ビル103号室 TEL/019-604-8750