事業承継個別相談会　申込書

ふりがな			業種	
事業所名				
ふりがな		年齢	ふりがな	
代表者名 （役職）			相談者名 （役職）	代表者との関係：
所在地	三条市			
連絡先	※事業承継の件で連絡しても良い連絡先をご記入ください。			
	電話番号：（　　）－　　－　　FAX：（　　）－　　－			
	メールアドレス：			
相談内容 （複数可）	□初期相談（何から取り組めば良いか等） □親族への承継 □役員・従業員への承継 □第三者への承継（M＆A 等） □その他（　　）			
相談を希望する日時をご記入ください。				
第１希望	令和　8　年　　月　　日 □10:30～12:00　　□13:00～15:00			
第２希望	令和　8　年　　月　　日 □10:30～12:00　　□13:00～15:00			

※記入いただいた情報は、三条市が以下の目的の範囲内でのみ利用します。
（事業承継個別相談会の実施・運営、アンケート調査、セミナー等の情報提供）

【問い合わせ・送付先】 三条市役所 経済部 商工課 小越行
電話：0256-34-5610　　FAX：0256-36-5111
メール：shokoka@city.sanjo.niigata.jp