

以下の「大洲市事業経営相談申込書」を、希望相談日の5日前までに
 大洲商工会議所FAX宛（0893-23-3774）に提出してください。
 ※申込多数の場合、ご希望の日時に添えないことがございます。

大洲市事業経営相談申込書

（太枠内の回答可能な範囲をご記入ください）

相談の希望日時	月 日 (曜日) 時～ 時	令和 年 月 日		
お名前	法人名 又は商号			
	代表者氏名			
	相談者氏名 (会社での役職名)	()		
	相談者年齢		相談者性別	男 ・ 女
会社住所	(〒 -)		TEL	()
連絡先住所	(〒 -)		TEL	()
E-mail		携 帯		
業 種		従業員数	人	
事業内容				
これまで	<input type="checkbox"/> 事業経営相談は初めて <input type="checkbox"/> すでに複数回経験 (具体的に： 相談を 回、 相談を 回) (当時のアドバイザー氏名： 、)			
主な相談の目的 (複数回答有)	<input type="checkbox"/> 客数・売上減少 <input type="checkbox"/> 資金繰り・資金調達 <input type="checkbox"/> 仕入れ問題 <input type="checkbox"/> 営業全般 <input type="checkbox"/> 新規事業展開 <input type="checkbox"/> 事業承継 <input type="checkbox"/> 雇用問題・労働問題 <input type="checkbox"/> 経営改善 <input type="checkbox"/> 新規マーケット開拓 <input type="checkbox"/> 職業訓練・従業員教育 <input type="checkbox"/> 人手不足 <input type="checkbox"/> その他 ()			
相談内容				
追 記				