別紙１

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 | アドバイザー名 |  |
| 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 | □事業経営相談は初めて□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） | □客数・売上減少　　□資金繰り・資金調達　　□仕入れ問題　　□営業全般□新規事業展開　　□事業承継　　□雇用問題・労働問題　　□経営改善□新規マーケット開拓　　□職業訓練・従業員教育　　□人手不足□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談内容 |  |
| 追　記 |  |