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 |  | | | | | | |