

相談申込書

高知県事業引継ぎ支援センター 行

Fax.088-802-6003

郵送の場合……〒780-0870 高知県高知市本町4丁目1-32 こうち勤労センター4階

メールの場合……kochi-center@theia.ocn.ne.jp

フリガナ			
会社名			
所在地			
フリガナ			
代表者			
フリガナ			
相談者名(必須)			
Tel.		Fax.	
連絡可能な 電話番号(携帯可)		従業員数	名
業種		資本金	万円
事業内容 (取扱品目等)			
いずれかに✓印を お願いします。	<input type="checkbox"/> 譲渡希望 <input type="checkbox"/> 譲受希望 <input type="checkbox"/> その他事業承継にかかる相談		
相談内容	<p><記入例> :子供に事業を引継ぎたい :事業の全部(又は一部)を譲渡したい :従業員に事業を引継ぎたい :事業拡大のために他の企業を買収したい</p>		
当センターを 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 商工会議所・商工会広報 <input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> その他()		

※ご提出いただいた情報は、当センターの活動に利用します。なお、法令の定めのある場合やご本人が同意している場合を除き、目的外に利用することや第三者に提供することはありません。