

FAXでお送りの際は、くれぐれも番号をお間違えのないようご注意ください。

「岩手県中小企業再生支援協議会」相談申込書

ご相談希望の方は、まずはFAXを！ 秘密厳守・相談無料、お気軽にご相談ください。
恐れ入りますが、このページのコピーをとって、FAXでお送りください。着後、相談日についてご連絡致します。

※申込内容は、可能な範囲でご記入下さい。 受付日 平成 年 月 日
(面接日 平成 年 月 日)

企業名			設立年月(西暦)	年	月
代表者名			代表者年齢	才	
所在地	(〒 -)				
TEL			F A X		
業種・事業内容			金融機関名	金額	
資本金	万円	金融機関からの借入状況	1.	(万円)	
資本の部の合計(純資産)	万円		2.		
従業員数	人		3.		
			4.		
			5.		
直近3期分の業績		売上高	経常利益	当期利益	借入金合計
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)
	年 月期				
	年 月期				
相談理由及び現状(現在の経営状態に至った経緯など)					
どのような支援を希望しますか					
申込者名			会社との関係(肩書)		
今後の連絡方法	担当者 :	TEL :	会社・自宅・携帯		
	注意事項(あれば) :				

※ご記入頂いた情報は、当協議会の再生支援の活動にのみ利用します。なお、当協議会で再生支援の活動に関与している専門家(弁護士、公認会計士、税理士等)に開示することがあります。
※当社は、貴所による中小企業再生支援協議会事業の制度、手続及び内容等について説明を受けるとともに、パンフレットの交付を受け、その記載内容を十分に理解のうえ、窓口相談(第一次対応)を申し込みます。なお、当社の相談内容が守秘義務により保護されるものであり、本協議会事業の遂行のために中小企業庁、東北経済産業局、中小企業再生支援全国本部に開示される以外に、当社の承諾なく、その他の第三者に開示されないことを理解いたしました。(注)

(注)但し、裁判所若しくは行政上の命令(行政指導を含む)又は法令により開示が要請される場合はこの限りではありません。

岩手県中小企業再生支援協議会 FAX.019-624-2300