

FAX連絡票

ご記入のうえ、ご相談を希望される
店舗へFAXをお送りください。

必要事項をご記入下さい。

お 名 前	(生年月日) 大・昭・平 年 月 日			
ご 住 所	〒 ー			
お 電 話 番 号	自 宅			ご希望連絡先 に○印をお付 けください。
	携 帯 電 話			
	そ の 他 ()			
ご 希 望 日 時 ※ご希望日を記入のうえ、 ご希望の時間帯に○印を お付けください。	ご希望日	月 日 (土・日・祝祭日を除きます。)		
	ご 希 望 時 間 帯	9 : 00 ~ 10 : 00	12 : 00 ~ 13 : 00	
		10 : 00 ~ 11 : 00	13 : 00 ~ 14 : 00	
		11 : 00 ~ 12 : 00	14 : 00 ~ 15 : 00	

ご計画について可能な範囲でご記入下さい。

創 業 時 期	ア 創業予定時期を決めている (年 月創業予定) イ 創業済みである (年 月創業済み) ウ 未定である			
創 業 予 定 地	ア 創業場所を決めている (で創業予定) イ 未定である			
ご 融 資 希 望 金 額	ア ご融資希望金額を決めている (万円) イ 未定である			
業 種	ア 製造業 イ 建設業 ウ 卸売業 エ 小売業 オ 飲食業 カ 運輸業 キ サービス業 ク その他			
ご 要 望 等				

ご記入いただいた事項については、当相談事業にのみ使用させていただきます。