**巡 回 相 談 申 込 書**

**ＦＡＸ　０１８－８６３－２３９０**

＊巡回相談ご希望の方は、下表の相談希望日等をご記入の上、ＦＡＸにてお申し込

み下さい。

　　　　　　　　　 (公財)あきた企業活性化センター **総合相談課** 行

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談希望日** | 令和　　年　　月　　日（ 午前 ・ 午後 ）  希望時間については当センターから後ほど連絡させていただきます。  ※ 開設日をご確認のうえ、3日前までに申し込みください。  3日前が土・日・祝祭日の場合はその前日まで申し込みください。 | | |
| **企業名・氏名等** |  | | 業種： |
| **所在地** | 〒 | | |
| **相談者職氏名** |  | | |
| **連絡先** | TEL： | FAX： | |
| **【相談内容】** | **１　「相談の内訳」**（該当項目を○で囲んでください。）  　ア　経営全般　　　イ　資金関係　　ウ　設備関係  　エ　技術関係　　　オ　人材育成　　カ　新商品開発  キ　新分野進出　　ク　創業  ケ　その他（　　　　　　　　　　　）  **２　「具体的な内容」**（記載できる範囲で結構です。） | | |

※ご記入いただいた情報は、今回の巡回相談所開設に関して使用させていただくほか、記入者への連絡や問い合わせをする場合にのみ使用させていただきます。