

創業・起業相談依頼票

相談日時

新規 継続

受付日時 平成 年 月 日 ()

受付担当

依頼者個人情報

ふりがな		市町村				
氏名		年代	<input type="checkbox"/> ～20代	<input type="checkbox"/> 30代	<input type="checkbox"/> 40代	<input type="checkbox"/> 男性
		性別	<input type="checkbox"/> 50代	<input type="checkbox"/> 60代	<input type="checkbox"/> 女性	
自宅 TEL		携帯 TEL		優先連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯
何で知りましたか						
備考						

相談の概要

ビジネス推進者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
現状の状況	<input type="checkbox"/> 漠然と模索中 <input type="checkbox"/> 起業を検討中 <input type="checkbox"/> すでに起業中 <input type="checkbox"/> その他 ()
事業の分野	<input type="checkbox"/> 営利事業 <input type="checkbox"/> 非営利事業 <input type="checkbox"/> その他 ()
相談内容	<input type="checkbox"/> 事業の可能性・立ち上げ <input type="checkbox"/> 事業の拡大・推進
相談したい 具体的な部分	<input type="checkbox"/> 設立 <input type="checkbox"/> 資金 <input type="checkbox"/> 助成金 <input type="checkbox"/> 税金 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 経理 <input type="checkbox"/> 人材 <input type="checkbox"/> 調査研究 <input type="checkbox"/> 交流 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 企画 <input type="checkbox"/> 物流 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 取引先 <input type="checkbox"/> その他

具体的な相談内容 (現状について、今知りたいこと又は困っていること、相談したいこと)

現在の職業		経験内容に関する 技術・経験の有無	
相談内容 (できるだけ具体的にご記入ください)			