

相 談 申 込 書

熊本県中小企業活性化協議会 行き

FAX:092-311-1260

* 下の太線内にご記入の上、ファックスください。受付後折り返し『希望連絡先TEL』宛に担当者よりお電話いたします。

(フリガナ)		(フリガナ)	
事業所名		代表者名	
所在地	郵便番号 —	(フリガナ) 相談者名 (役 職)	
T E L		希望連絡先 T E L	*携帯電話可
F A X		メイン銀行	
業 種 (該当に✓を入 れてください)	<input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 小売業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> その他()		
相談・ お問い合わせ 内容 (該当に✓を入 れてください)	<input type="checkbox"/> 事業の改善に関するご相談 <input type="checkbox"/> 資金繰りに関するご相談 <input type="checkbox"/> 金融機関対応(リスケ)に関するご相談 <input type="checkbox"/> 再チャレンジ支援・経営者保証ガイドラインに関するお問い合わせ <input type="checkbox"/> 活性化協議会事業全般に関するお問い合わせ <input type="checkbox"/> その他(具体的な内容を必ず記載してください)		
具体的な内容			
持参して頂きたい書類(コピー) *①②は必須、③④はあれば			
①決算書(税務申告書、勘定科目明細)写 3期分 ③会社概要等が分かる資料(パンフレット等)			
②金融機関の借入状況等が分かる資料 ④直近の試算表、資金繰り表			
紹介機関名		紹介機関 担当者名	

・ご記入いただいた情報は、当協議会の業務のみに利用します。
 ・当協議会では、融資及び融資の斡旋等は行っておりません。