

参加申込書

茨城県事業承継・引継ぎ支援センター 行

FAX : 029-284-1602

フリガナ			
団体・企業名			
フリガナ			
参加者名			
属性	経営者 ・ 後継者 ・ 個人事業主 ・ 支援機関 ・ 金融機関 士業 ・ その他（ ）		
所在地			
電話	（ ）	FAX	（ ）
e-mail	@		
個別相談の希望	有 ・ 無		
相談内容（簡記）	※該当する番号に○をつけてください ① 親族内承継 ② 第三者承継（譲渡） ③ M & A（譲受） ④ 経営者保証解除 ※相談内容を簡単にご記入ください		

ご記入いただきました個人情報、法令の定めのある場合やご本人が同意している場合を除き、本セミナーや相談会の実施を目的としてのみ利用いたします。

目的外利用することや第三者に提供することはありません。