

事業引継ぎ相談申込書

熊本県事業引継ぎ支援センター

FAX:096-311-5031

※下の太線内にご記入のうえ、FAXまたはご郵送ください。受付後、折り返し「希望連絡先TEL」宛てに担当者よりお電話いたします。

フリガナ		フリガナ	年齢
事業所名		代表者名 (役職) ()	
所在地	〒	フリガナ 相談者名 (役職) ()	年齢
TEL(会社)		希望連絡先	
FAX(会社)		創業・設立	創業 年 月 設立 年 月
業種		取扱商品	
従業員数	人(うちパート 人)	資本金	千円
直近の業績			
相談の内容	<input type="checkbox"/> 事業の譲渡 <input type="checkbox"/> 事業の譲受 <input type="checkbox"/> 事業承継 <input type="checkbox"/> その他()		
相談の具体的内容:			

※ご相談時にお持ちいただく書類
(譲渡希望及び事業承継の場合は3期分・譲受希望及びその他の場合は1期分必要です。)

- 決算書(個人は確定申告書) 決算内訳書 税務申告書 法人の登記簿謄本
 会社案内・カタログなど

※当センターはどこでお知りになりましたか？

- 商工会議所・商工会 金融機関 当センターホームページ 専門家(税理士・コンサルタント)
 セミナー・講演会 その他()