

相談窓口受付表		相談日:西暦			年	月	日
相談者概要		区分	個人	法人	その他		
所在地 又は住所	(〒 -)						
フリガナ		フリガナ					
会社名 又は氏名		代表者氏名 (年齢)				(歳)	
電話番号 (携帯)	(- -)	売上(千円)					
		資本金(千円)					
		創業年月日(西暦)			年	月	日
F A X		従業員数(名) (内パート)				名	
メー ル				(名)	
業種・事業内容							

相談内容

相談者役職					相談者名	(年齢)	歳)
<input type="checkbox"/> 人手不足	<input type="checkbox"/> 事業計画	<input type="checkbox"/> 現場改善	<input type="checkbox"/> デザイン	<input type="checkbox"/> HP・SNS			
<input type="checkbox"/> 働き方改革	<input type="checkbox"/> 経営改善	<input type="checkbox"/> 生産性向上	<input type="checkbox"/> 商品開発	<input type="checkbox"/> 販路拡大			
<input type="checkbox"/> 補助金・助成金	<input type="checkbox"/> 資金繰り	<input type="checkbox"/> 創業・起業	<input type="checkbox"/> 知的財産	<input type="checkbox"/> 海外展開			
<input type="checkbox"/> 法律	<input type="checkbox"/> その他()
〔相談内容をご記入ください。〕							
特記事項	紹介支援機関:			担当者・連絡先:			

※以下は記載不要〔コーディネーターチェック項目〕

売上拡大 経営改善 人手不足 事業承継 創業 知財