

# ◆相談申込書 〈ホームページ版〉

香川県事業承継・引継ぎ支援センター 行

**FAX 087-802-3070**

※下の枠内にご記入の上、FAXまたはご郵送ください。  
受付後、当センターよりご連絡を差し上げます。

受付日	
受付No.	
カルテNo.	
面談日	
面談時間	

ご希望をうかがいながら相談日時を決定させていただきます。

会社名			
所在地			
代表者	(年齢 歳)		
相談者名 ※必須			
T E L		F A X	
連絡可能な電話番号 (携帯可)		従業員数	名
業種		資本金	万円
事業内容 (取扱品目等)			
(いずれかに✓印をお願いします)	<input type="checkbox"/> 親族内承継		<input type="checkbox"/> 役員・従業員承継
	<input type="checkbox"/> 第三者承継 (M&A) ① 事業を譲渡したい (売りたい) ② 事業を買いたい		
	<input type="checkbox"/> 後継者不在 (後継者を斡旋してほしい)		
	<input type="checkbox"/> 廃業等 (工場等の売却を支援してほしい)		<input type="checkbox"/> 経営者保証の見直し
相談内容	(相談の詳細)		



ご提出いただいた情報は、当センターの活動に利用します。なお、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、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。

○ ご相談の際は、決算書や確定申告等をご用意  
お願いします。

## 香川県事業承継・引継ぎ支援センター

〒760-8515 香川県高松市番町二丁目2番2号 高松商工会議所会館 1階  
TEL : 087-802-3033

