



専門家派遣依頼

FAX : 011-231-1388

事業者名 例) 株式会社●●●●			
ご連絡先	職・氏名		
	電話番号 - -	FAX番号 - -	メールアドレス @
住所			
業種 ※当てはまるものをお選びください。 <input type="checkbox"/> 農業、林業、漁業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input type="checkbox"/> 専門・技術サービス業、広告業 <input type="checkbox"/> 宿泊業 <input type="checkbox"/> 飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業(洗濯・理容・美容業・浴場業等) <input type="checkbox"/> 娯楽業 <input type="checkbox"/> サービス業(廃棄物処理業・自動車整備業・機械等修理業・労働者派遣業等) <input type="checkbox"/> 上記以外 []			
事業概要 ※主力事業(商品)、売上規模、従業員規模、業務概況、設立年度、資本金などを簡潔にお書きください。			
新型コロナウイルス感染症による影響状況 ※売上の落ち込み程度(前年同月比)、来店人数減、就業状況、当面の事業の見通し等についてお書きください。			
相談項目[複数選択可] ※ご希望の相談内容に当てはまるものをお選びください。 <input type="checkbox"/> 資金繰り・財務指導 <input type="checkbox"/> 補助金・助成金・給付金制度 <input type="checkbox"/> 販路開拓・販売促進 <input type="checkbox"/> 生産性向上 <input type="checkbox"/> IT・テレワーク <input type="checkbox"/> 雇用関連 <input type="checkbox"/> 各種猶予制度 <input type="checkbox"/> BCP(事業継続計画) <input type="checkbox"/> 事業承継 <input type="checkbox"/> その他 []			
相談内容 ※上記でご選択頂いた「優先順位」並びに「項目毎の具体的内容」をご記入ください。			
初回面談時期 ※いつ頃ご面談を希望かお選びください。(専門家派遣は1回3時間×2回を予定しております。) <input type="checkbox"/> できるだけ早期に <input type="checkbox"/> 概ね2週間以内を希望 <input type="checkbox"/> 概ね1か月以内を希望			
その他ご要望			