（公財） 全国生活衛生営業指導センター　御中

全国指導センター受付
（　　月　　日）
第　　号

専門家（中小企業診断士）支援申込書

次のとおり支援受付したので報告します

FAX番号：03−5777−0342

相談者の名前 （代表者・経営者）	（フリガナ：　　）	電話番号	
		FAX番号	
店舗・施設名	（フリガナ：　　）	メールアドレス	
住所 □ 自宅 □ 店舗等	（フリガナ：　　）		
	〒　　—		

事業主形態	法人　・　個人	業　歴	年	従業員数	人

業種

店舗の業種について当てはまるものに☑を記入してください。※複数店舗の場合は代表店舗

□ 理容	□ 美容	□ 興行(映画館・劇場)	□ クリーニング
□ 公衆浴場	□ 旅館ホテル	□ 麺類飲食店	□ 氷雪販売
□ 食肉	□ 一般飲食店	□ すし店	□ 食鳥肉
□ 喫茶飲食店	□ 中華料理店	□ 社交飲食店	□ 料理(料亭・日本料理)

生活衛生同業組合の加入の有無	□ 加入　□ 未加入　⇒加入組合名（　　）			
連絡がとりやすい曜日・時間	曜日		時間	

支援希望内容

希望する支援内容に☑を記入してください。（複数可）

- □ 補助金・支援金等に関する情報提供
- □ 補助金・支援金等の申請に関するサポート
  【申請予定の補助金・支援金の名称：　　】
- □ 財務分析等による経営課題の明確化・対策検討サポート
- □ 経営に関する相談
  （現在困っていること・相談したいこと・聞いてみたいことを記入してください）

その他の事項

- □ 受任診断士氏名：
- □ 支援要請依頼受付日：　　年　　月　　日

【全国指導センター記載欄】

- □ 相談者本人意志確認日：　　年　　月　　日

確認担当者：

相談・指導日の調整

（下欄は、実施決定の際に記入してください。）

第一希望日	月　　日　午前・午後	支援実施日時	月　　日　　時	実施場所
第二希望日	月　　日　午前・午後	担当診断士		