

◆事業引継ぎ相談申込書

香川県事業引継ぎ支援センター 行

 **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.	
面談予定日	
面談予定時間	

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			
相談者名 ※必須			
TEL		FAX	
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"/> 従業員承継	<input type="checkbox"/> 第三者承継(M&A)
相談内容	〈記入例〉 : 従業員に事業を引き継ぎたい : 事業の全部(又は一部)を譲渡したい : 事業拡大のために他の企業を買収したい		



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、ご用意ください。

- 会社概要(事業内容、沿革、組織体制などがわかるもの)
- 決算書・申告書・確定申告書(直近3期分)

※それぞれ関連書類もご用意ください。

香川県事業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5階

TEL : 087-802-3033 FAX : 087-802-3070

相談受付 : 月曜～金曜(土日・祝祭日・年末年始は休み) 9:00～17:00

