（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<br>（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）

□ 補助金等に関する情報提供、申請サポート
【申請予定の補助金の名称：　　】

□ 財務分析等による経営課題の明確化・対策検討

□ デジタル化に関する相談

□ 経営全般に関する相談
（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 | | |