（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		