

F A Xによる申し込み時にこの用紙をご利用下さい。

至、三重県中小企業再生支援協議会
(FAX 059-213-1102)

申込日 平成 年 月 日

相談申込者名	(フリガナ)		代表者名			
住所	〒 (郵便番号)	(フリガナ)				
業種		資本金	万円	従業員数	名	
電話番号			FAX番号			
相談・面談希望日	年 月 日		午前 ・ 午後			