（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

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。）

意思確認日

□ 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】

□ 相談者本人意思確認日：　　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		