

起業家成長支援事業 意向調査

事業所名 (または屋号)	
代表者名	
創業時期 ※必ずご記入ください	
事業所所在地	〒
業 種	
連絡先	電 話 : F A X : E-mail : 担 当 者 :
専門家派遣	希望する ・ 希望しない
希望日時	令和 年 月 日 時 分～ ※派遣を希望する月のみの記載でも構いません
相談場所	希望する相談場所にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 店舗・事業所 <input type="checkbox"/> 事業所以外 ※原則、事業所での相談をお願いしております
自由記入欄 (相談したい内容等)	

【宛先】

〒010-8560 秋田市山王一丁目1-1

秋田市産業振興部商工貿易振興課

F A X 018-888-5727

E-mail ro-inpr@city.akita.lg.jp