**事業承継セミナー申込書**

**【送付先】**

**所沢市役所商業観光課　行**

**メール：**[**a9155@city.tokorozawa.lg.jp**](mailto:a9155@city.tokorozawa.lg.jp)

**FAX:04-2998-9162**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  事業所名 |  | 業種 |  | |
| ふりがな  代表者名  （役職） |  | | 年齢 |  |
| ふりがな  相談者名  （役職） |  | 代表者との関係 |  | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 希望連絡先 | TEL： | | | |
| メールアドレス： | | | |

※１　一部に参加予定の方（市内商店街（会）代表者様）につきましては、申し込み不要です。

※２　上記個人情報等につきましては、埼玉県事業承継・引継ぎ支援センターとの間で共有させていただきます。