＜申込書＞

事業承継セミナー参加申込書

参加人数 ：　　　　　名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機関名・企業名 | 参加者氏名 | 日時・会場 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　個別相談会参加希望（※10月5日、10日、19日のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 企業名・事業所名 | 参加者氏名 | 日時・会場 |
|  |  |  |
|  |  |  |

　質問事項やお聞きしたい点等ありましたら記載して下さい

|  |
| --- |
|  |

送付先

大分県事業承継ネットワーク事務局（大分県商工会連合会）

　担当：経営支援課　高橋、角谷、堤

TEL ０９７-５３４－９５０７

FAX ０９７-５３７－０６１３

E-mail：takahashi-syusaku@oita-shokokai.or.jp