

FAX 06-4791-0444

大阪商工会議所
中小企業振興部経営相談室 宛

(番号をお間違えの
ないようご注意ください)

大阪商工会議所 「小規模事業再生サポートセンター」 無料相談申込書

フリガナ		代表者	役職	
事業所名		フリガナ		
		氏名		
所在地・住所	(〒 -)	相談者	部署・役職	
		フリガナ		
		氏名	《自署》	
電話	- -	性別	男・女	
FAX	- -	年齢	20歳代以下・30～40歳代・50～60歳代・70歳以上	
e-mail		資本金	万円	
		常時雇用従業員数	人(内パート 人)	
大阪商工会議所からの事業案内メールを 受け取る ・ 受け取らない (いずれかに○印)		創業	(西暦)	年 月
		URL		
業種 (ひとつに○印)	製造業/卸売業/小売業/サービス業/建設業/運輸業 その他 ()	この事業を 何で知ったか		

製品、サービスの 内容・特徴																	
財務状況 決算年月 (年 月)	売上高	千円	前年度比	減少	5	4	3	2	1	横ばい	0	1	2	3	4	増加	5
	売上総利益	千円	前年度比	減少	5	4	3	2	1	横ばい	0	1	2	3	4	増加	5
	経常利益	千円	前年度比	減少	5	4	3	2	1	横ばい	0	1	2	3	4	増加	5

※相談したい内容	
----------	--

支援希望項目	優先順位 (上位から 1, 2, 3と記入)	具体的な内容 (該当する項目に☑)
A. 戦略・経営者		<input type="checkbox"/> 1. 自社の強み・弱みを知りたい <input type="checkbox"/> 2. 他企業との事業連携など新展開をしたい <input type="checkbox"/> 3. 経営理念に基づく戦略を策定したい <input type="checkbox"/> 4. ()
B. マーケティング		<input type="checkbox"/> 5. 顧客ニーズを把握したい <input type="checkbox"/> 6. 積極的な販売促進活動を行いたい <input type="checkbox"/> 7. 商品・サービスを見直したい <input type="checkbox"/> 8. ()
C. 人材・組織		<input type="checkbox"/> 9. 社員が定着する環境づくりをしたい <input type="checkbox"/> 10. 事業承継を検討したい <input type="checkbox"/> 11. 社員教育に取り組みたい <input type="checkbox"/> 12. ()
D. 運営管理		<input type="checkbox"/> 13. 生産や販売などの行動計画を作成したい <input type="checkbox"/> 14. 事業所の整理整頓や在庫の把握をしたい <input type="checkbox"/> 15. ITによる業務効率化をしたい <input type="checkbox"/> 16. ()
E. 財務管理		<input type="checkbox"/> 17. 自社の財務状況を把握したい <input type="checkbox"/> 18. 収益構造を改善したい <input type="checkbox"/> 19. 資金繰りを改善したい <input type="checkbox"/> 20. ()
F. 危機管理・ 知財・CSR		<input type="checkbox"/> 21. 法令遵守に取り組みたい <input type="checkbox"/> 22. 災害時の事業継続計画(BCP)を作成したい <input type="checkbox"/> 23. 地域や環境への配慮に取り組みたい <input type="checkbox"/> 24. ()
G. その他		

本事業は大阪府の補助金活用事業であり、ご利用は大阪府内の中小企業・小規模事業者に限ります。またいただいた情報は、本事業にかかる相談・指導、大阪商工会議所からの各種情報・情報提供のために利用するとともに、大阪府、国および担当専門家（連携支援機関を含む）へ提供します。これらについては、相談者ご本人にご同意いただいたものとして取り扱います。

ご相談に対する回答は、限られた資料や時間での検討を前提としたものであり、十分かつ詳細にはお応えできないことがあります。予めご了承いただき、相談者の自己責任においてご利用ください。

回答内容に関し、大阪商工会議所は相談者または第三者に対していかなる責任も負いません。

事務局使用欄(記入しないでください)
No. _____
_____年 月 日
担当者名 _____
紹介機関 _____