

|  |
| --- |
| **受講申込票　ＦＡＸ：04-7185-2241 　E-mail:** **acoba@key.ocn.ne.jp** |
| ◯ 氏　　名：　　　　　　　　　　　◯ 住　　所： |
| ◯ 年　　代：　□10 代　□20 代　□30 代　□40 代　□50 代　□60 代　□70 代　□80 代 |
| ◯ 電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　 ◯ 携帯電話： |
| ◯ E-mail： |
| ◯ 現在の職業： |
| ◯ 創業はいつ頃の予定ですか？： □既に開業　　□半年以内　　□1年以内　　□未定 |
| ◯ 創業予定の業種は？： □サービス業　　□飲食業　　□小売業　　□ＩＴ関連　　□不動産業  　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□未定 |
| ◯ 我孫子市創業支援補助金の利用予定　　　　　　□有り　　　　□無し |
| コメント（起業に関する思いを自由にお書きください） |

いただいた個人情報は当法人にて厳重に管理し、創業支援以外の目的では使用いたしません。