

西東京市創業資金融資あっせん事前経営診断受付票

年 月 日

※番号		※No.			
申込者氏名	フリガナ			年令	
				才	
郵便番号 住所	〒			(自宅・会社)	
電話／携帯等					
メールアドレス					
創業の形態	個人・法人				
創業(予定)日	年		月		日
借入内容	希望金額	万円			
	取扱金融機関	支店		相談中・未相談	
	用途	運転・設備・併用			
	借入期間	年		月	
	償還方法	月据置き		月割賦	
西東京創業支援・経営革新相談センターの利用実績					有・無
◎ご記入いただいた個人情報とは本融資に関すること以外には使用致しません					
相談員		担当者		経営 指導員	課長

■ 予約及び経営診断の受け方について

- 1 西東京創業支援・経営革新相談センターに電話で診断日の予約を入れてください。
- 2 上記1にあわせて、この受付票と創業計画書を一通り記入のうえ、メール又は本センター窓口まで持参にて事前にご提出ください。
- 3 予約日に上記2の書類と計画を説明するために必要な書類をご持参ください。

連絡先 西東京創業支援・経営革新相談センター

電話：042-461-6611

メールアドレス：info@nishitokyo-sougyou.net

様式のDL：創業支援・経営革新相談センター (www.nishitokyo-sougyou.net/)

又は、西東京市 HP (www.city.nishitokyo.lg.jp) から可