ワーカーズ・コレクティブ設立相談予約票

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ご住所 | 〒　　－　 |
| ふりがな |  | 年齢 | 歳 |
| お名前 |  |
| 電話番号 | ―　　　　　　　―　　　　　　　　　（自宅・携帯） |
| 相談希望日時 | 第一希望　　　　月　　　　日（　　　曜日）　　　　　時から |
| 第二希望　　　　月　　　　日（　　　曜日）　　　　　時から |
| 第三希望　　　　月　　　　日（　　　曜日）　　　　　時から |
| ※埼玉ﾜｰｶｰｽﾞ・ｺﾚｸﾃｨﾌﾞ連合会と日程調整を行いますので、できる限り第三希望までご記入ください。 |
| 相談内容 | （自由記載） |
| 事業計画 | （以下、計画があればご記入ください）○どんな事を考えていますか？（事業名等） |
| ○いま起業する仲間はいますか？（人数等） |
| ○提供するサービス・ものは何ですか？（例：弁当屋・食堂、カフェなど） |
| ○開業場所はありますか？（事務所や店舗） |
| ○モデルとなる事業所はありますか？ |
| 相談場所 | Ｕ＿ＰＬＡＣＥ　川越市民サービスステーション内相談室住所：川越市脇田本町８－１ |

問い合わせ先　川越市役所産業振興課　０４９-２２４-５９３４（直通）