

|  |
| --- |
| **受講申込票　ＦＡＸ：04-7185-2241 　E-mail:** **acoba@key.ocn.ne.jp** |
| **◯ 氏　　名：　　　　　　　　　　　◯ 住　　所：** |
| **◯ 年　　代：　□29歳以下　　□30～54歳　　□55歳以上** |
| **◯ 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（□市内　□市外）　□半年以内　□1年以内　□未定**  **□市内で起業予定　□市外で起業予定　※定員超えの際は市内起業予定者を優先します。** |
| **◯ 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（申請予定時期　□半年以内　□1年以内　□未定）　□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。