

経営診断受診申込書

社団法人
会長
トラック協会
殿

経営診断受診促進助成金交付要綱第8条に基づき、経営診断の受診について、下記の通り申込みを行います。

1. 企業名、連絡先等

所属協会	都・道・府・県トラック協会
フリガナ 事業所名	
フリガナ 代表者名	印
住 所	〒
電話番号	()
連絡担当者名	
所属・役職名	
電話番号	()

2. 中小企業診断士等の指定 いずれかに○をつけて下さい。

a. () 全ト協指定	b. () 県ト協推薦
--------------	--------------

※上記で、b.に○をつけた場合は、下記にもご記入ください。

中小企業診断士等名	
住 所	〒
電話番号	

3. 同意事項

- ①申込み後に提出する「事前調査表」および「事前提出資料」の内容が診断の対象となること、また、中小企業診断士等が現地診断を実施する際には、中小企業診断士等の質問や要求に誠意をもって対応し、診断がスムーズに進むよう努力することに、同意します。
 - ②決算書をはじめとする各種提出資料、現地調査で提供した資料は返却されずに、経営診断報告書とともに中小企業診断士等が保管することに同意します。
 - ③現地調査に関する費用を負担することに同意します。
- なお、本申込書の受付をもって、診断を実施する契約といたします。

※代表者署名欄

氏 名	印
日 付	平成 年 月 日