

## ～ FAX お問い合わせ票 ～

<b>会社名:</b>	
<b>連絡ご担当者名:</b>	
<b>TEL/FAX:</b>	<b>TAL:</b> <span style="float: right;"><b>FAX:</b></span>
<b>e-mail:</b>	@
<b>希望の連絡方法</b> (○で囲んでください)	TELにて ・ FAXにて ・ メールにて
<b>相談内容等</b>	<input type="checkbox"/> まずは会って話しがしたい <input type="checkbox"/> コンサルティング料金を知りたい <input type="checkbox"/> 社内研修・セミナーを依頼したい <input type="checkbox"/> 顧問税理士はいるのでセカンドオピニオンになって欲しい(顧問又はスポット) <input type="checkbox"/> 経営改善計画書の作成や資金繰りに関して相談をしたい <input type="checkbox"/> 後継者への事業承継・世代交代に関して相談をしたい <input type="checkbox"/> 経理担当者の指導や育成の相談がしたい <input type="checkbox"/> 顧問契約（経営参謀）に関する相談
<b>詳しい内容</b> (相談内容等を記入してください)	