

金融機関用相談受付表（窓口・出張相談用）

千葉県信用保証協会

お手数ですが下記の太枠内に該当する箇所につきましてご記入をお願いいたします。

※相談制度について、確定していない場合は未記入で構いません。

相談年月日	年 月 日 ()					
相談者	貴金融機関名 本・支店名			金融機関コード		
	ご担当者名			-		
相談対象先 企業	協会利用の有無	<input type="checkbox"/> 利用有 <input type="checkbox"/> 利用無		顧客番号	<small>(顧客番号記入の場合は住所・設立年月日の記入は不要です)</small>	
	フリガナ				設立年月日・生年月日	
	氏名				年 月 日	
	商号					
	住所					
	相談制度(※)	<input type="checkbox"/> 協会制度 <input type="checkbox"/> 県制度 <input type="checkbox"/> 市町村制度	制度名称			
	資金使途					
	申込金額					
<input type="checkbox"/> 相談対象先企業に関する「個人情報の提供に関する同意書」は徴求しています <input type="checkbox"/> 相談対象先企業に関する「個人情報の提供に関する同意書」は徴求していません						

協会使用欄 窓口相談 出張相談（対面型研修・オンライン研修）

応対者				顧客番号	
対応・回答等	<input type="checkbox"/> 事前相談明細参照				

確認印	相談対応印