



FAX : 03-3581-0865

**事業承継簡易診断 FAX申込書 東京弁護士会業務課 宛****■お申込者情報(ご記入ください)**

申込日 2019年 月 日

会社名・屋号			
事業概要		従業員 数	人
本店所在地	〒 — 東京都		
代表者名	(ふりがな)	ご年齢	歳
申込者 (代表者と異なる場合)	(ふりがな)	代表者との ご関係	
電話番号 (ご連絡してよい番号)	—	—	

■事前アンケート(ご記入ください)

事業承継の時期を 考えていますか。	<input type="checkbox"/> できるだけ早く <input type="checkbox"/> 年 月ころまでに <input type="checkbox"/> 決めていない
後継者はいますか。	<input type="checkbox"/> 決まっている(本人、関係者の同意が、 <input type="checkbox"/> ある、 <input type="checkbox"/> ない) <input type="checkbox"/> 候補者がいる(<input type="checkbox"/> 候補者は1人、 <input type="checkbox"/> 候補者が複数) <input type="checkbox"/> まだ候補者もない、 <input type="checkbox"/> 第三者へのM&Aを考えている
(いる場合)後継者・ 候補者の属性は何 ですか。	<input type="checkbox"/> 親族(<input type="checkbox"/> 配偶者、 <input type="checkbox"/> 子、 <input type="checkbox"/> 子の配偶者、 <input type="checkbox"/> それ以外 <input type="checkbox"/> 従業員 ()) <input type="checkbox"/> それ以外()
その他、特に悩んで いることはありますか。	

■企業情報、個人情報等の取扱い(□にチェック(✓)をお願いします)
 右取扱いに
同意します。

東京弁護士会(中小企業法律支援センター所属弁護士を含む)及び事業承継簡易診断を担当した弁護士が同診断の遂行の過程で取得した企業情報、個人情報等は、事業承継支援の目的のために、それぞれ情報共有させていただきます。