



生活衛生組合員の皆さまへ

経営者のみなさんの

悩みの解決

無料

をお手伝いします

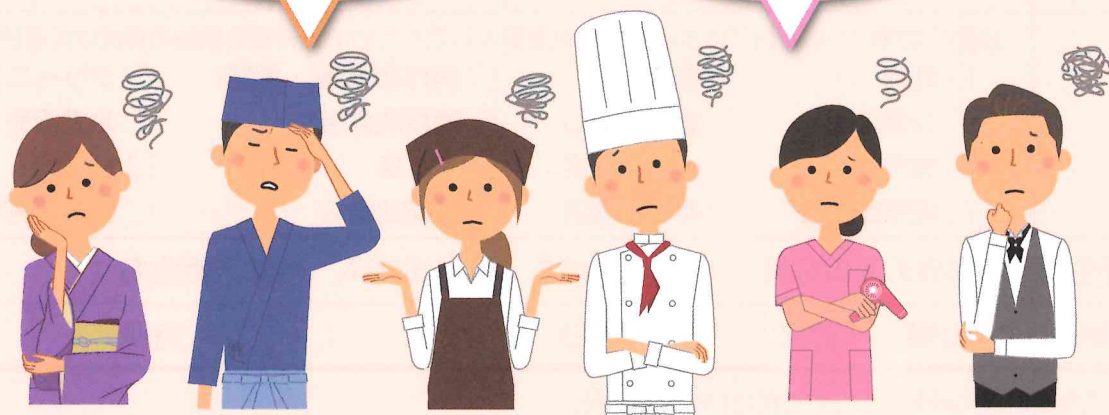
人手不足を  
改善したい

仕入が高く  
なって利益が出ず  
困っている

使える補助金・  
助成金はないかな？

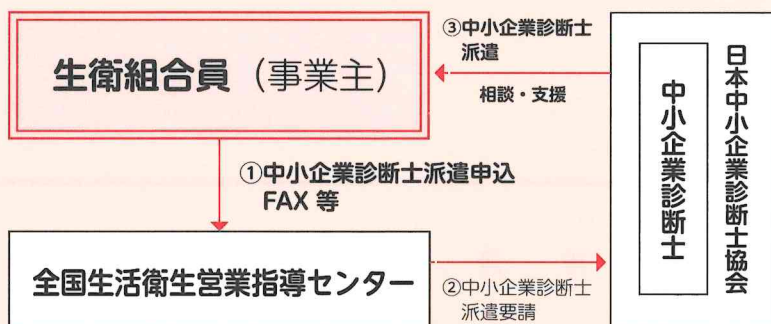
値上げしよう  
と思っているが、お客が  
離れないか心配

新規事業新規出店の  
相談をしたい



**！ 専門家（中小企業診断士）が  
みなさんのお悩み解決をサポートします**

1回の申込につき、5回程度のサポートを無料で行い、最後まで支援をいたします



**サポート申込FAX送付期限：令和7年12月末日**

※予算上限に達し次第、受付終了となります。お早めにFAXにてお申込みください。

専門家支援を希望される方は、裏面の「専門家（中小企業診断士）支援申込書」に必要事項を記入の上、（公財）全国生活衛生営業指導センターへFAXしてください。

**FAX 03-5777-0342**

申込後、全国指導センター担当者から、確認のご連絡をいたします。

# 専門家（中小企業診断士）支援申込書

**次のとおり支援受付したので報告します**

**FAX番号: 03-5777-0342**

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |         |       |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------|-------|
| 相談者の名前<br>(代表者・経営者) |                                                                                                                                                                                                                                                                         | (フリガナ： )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                     | 電話番号    |       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     | FAX番号   |       |
| 店舗・施設名              |                                                                                                                                                                                                                                                                         | (フリガナ： )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                     | メールアドレス |       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |         |       |
| 住所                  | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 店舗等                                                                                                                                                                                                             | (フリガナ： )<br>〒 —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |         |       |
| 事業主形態               |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 法人 ・ 個人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 業歴                                                                  | 年       | 従業員数人 |
| 業種                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 店舗の業種について当てはまるものに☑を記入してください。※複数店舗の場合は代表店舗<br><input type="checkbox"/> 理容 <input type="checkbox"/> 美容 <input type="checkbox"/> 興行(映画館・劇場) <input type="checkbox"/> クリーニング<br><input type="checkbox"/> 公衆浴場 <input type="checkbox"/> 旅館ホテル <input type="checkbox"/> 麺類飲食店 <input type="checkbox"/> 氷雪販売<br><input type="checkbox"/> 食肉 <input type="checkbox"/> 一般飲食店 <input type="checkbox"/> すし店 <input type="checkbox"/> 食鳥肉<br><input type="checkbox"/> 喫茶飲食店 <input type="checkbox"/> 中華料理店 <input type="checkbox"/> 社交飲食店 <input type="checkbox"/> 料理(料亭・日本料理) |                                                                     |         |       |
| 生活衛生同業組合の加入の有無      |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入 ⇒加入組合名 ( ) |         |       |
| 連絡がとりやすい曜日・時間       |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 曜日                                                                  |         | 時間    |
| 支援希望内容              | 希望する支援内容に☑を記入してください。(複数可)<br><input type="checkbox"/> 補助金等に関する情報提供、申請サポート<br>【申請予定の補助金の名称： 】<br><input type="checkbox"/> 財務分析等による経営課題の明確化・対策検討<br><input type="checkbox"/> デジタル化に関する相談<br><input type="checkbox"/> 経営全般に関する相談<br>(現在困っていること・相談したいこと・聞いてみたいことを記入してください。) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |         |       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |         |       |
| その他の事項              | <input type="checkbox"/> 受任診断士氏名：<br><input type="checkbox"/> 支援要請依頼受付日：      年      月      日<br>【全国指導センター記載欄】<br><input type="checkbox"/> 相談者本人意志確認日：      年      月      日<br>確認担当者：                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |         |       |

## 相談・指導日の調整

(下欄は、実施決定の際に記入してください。)

|       |           |             |       |      |
|-------|-----------|-------------|-------|------|
| 第一希望日 | 月 日 午前・午後 | 支援実施<br>日 時 | 月 日 時 | 実施場所 |
| 第二希望日 | 月 日 午前・午後 | 担 当<br>診断士  |       |      |