

創業支援アンケート

平成 年 月 日

お名前(代表者)	フリガナ	会社名	フリガナ
ご住所	〒 -		
TEL	FAX	法人設立年月日	
※法人登録されていない方はご記入下さい □()年()月に登記予定 □()年後に登記予定 □未定			

1 法人の形態について

株式会社 有限会社 NPO法人 その他()

2 運転資金・目標収益について

・事業に充てるための自己資金をご記入下さい
金額 _____

・目標収支(創業後1年分)をご記入下さい
金額 _____

3 介護の種類について

在宅介護 訪問介護 施設介護

4 物件(建物)について

決まっている (建設予定 賃貸物件 中古施設購入 その他)
決まっていない
紹介して欲しい (建設予定 賃貸物件 中古施設 その他)

※立地条件についてご希望があればご記入下さい(紹介希望の方のみ)

例) 釧路市大楽毛など

5 スタッフについて

揃っている これから募集 紹介して欲しい

※揃っていると答えた方のみお答え下さい

・介護の知識(経験)がある方について

いる いない

6 ご相談について

詳しく知りたい とりあえず聞いてみたい 一部聞きたい

7 打合せについて

お電話 訪問

8 その他具体的なご相談(質問)内容をご記入下さい

--