＜事務局処理欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| 登　録 | Ｎｏ． |
| 日　付 | ／　　　／ |

（様式１）

**福岡県事業承継・引継ぎ支援センター　Ｍ＆Ａ専門家登録申請書**

申請日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名  （又は屋号）  代表者名 | ㊞ | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | |
| 連絡先 | ＴＥＬ：　　　－　　　　－　　　　　ＦＡＸ：　　　－　　　　－  携　帯：　　　－　　　　－ | | |
| ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ  登　録　者  （※１） | 氏　名 | 役　職 | 保有資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* １実際に業務に従事する方の氏名をご記入ください。（登録者は事業所の正規社員に限ります）

|  |
| --- |
| （遵守事項）   1. 「福岡県事業承継・引継ぎ支援センター」Ｍ＆Ａ専門家規約を遵守いたします。万一、規約及び法令に違反し福岡県事業承引継ぎ支援センター及び福岡商工会議所の信用を毀損した場合には、登録を抹消されても異議ありません。 2. 本事業を通じて知り得た情報については、いかなる場合にも本事業に関わる関係者以外に漏　洩または窃用いたしません。 3. Ｍ＆Ａ専門家として事業承継支援を依頼された中小企業者等との間で発生した紛争及び損害について、福岡県事業承引継ぎ支援センター及び福岡商工会議所は一切責めを負わないことを承知しております。 4. 登録期間は登録日から登録日の属する年度の３月３１日とし、登録の継続については意向確認を行ったうえで、１年毎の更新とすることを承諾いたします。なお登録を中止する場合には、毎年２月末日までに規定の様式で連絡することを約束いたします。   　　私は、以上の事項を承認のうえ、福岡県事業承継・引継ぎ支援センターＭ＆Ａ専門家への登録を申請いたします。  　　　　　　　　　　　　登録者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |