

# FAX専用 お問い合わせフォーム

■必要事項にご記入の上、下記までお送り下さい

ふりがな	
お名前	
ご住所	〒 _____
お電話番号	
ファックス番号	
メールアドレス	
<b>主な相談内容</b> 該当する項目にチェックして下さい（複数回答可）	
<input type="checkbox"/> 会計・税務顧問サービス <input type="checkbox"/> 事業承継・相続コンサルティング <input type="checkbox"/> 企業再生・事業再生コンサルティング <input type="checkbox"/> 医療コンサルティング <input type="checkbox"/> 経営計画コンサルティング <input type="checkbox"/> 開業支援コンサルティング <input type="checkbox"/> 相続コンサルティング <input type="checkbox"/> 税務のセカンドオピニオンサービス <hr/> <input type="checkbox"/> 経理代行パッケージ <input type="checkbox"/> 医院経理パッケージ <input type="checkbox"/> 相続税・贈与税申告パッケージ <input type="checkbox"/> 個人確定申告パッケージ	<b>ご希望の簡易シミュレーション</b> <input type="checkbox"/> 財務分析 <input type="checkbox"/> キャッシュフロー計算 <input type="checkbox"/> 経営計画策定 <input type="checkbox"/> 新規事業・出店計画投資シミュレーション <input type="checkbox"/> 自社株（非上場株式）評価試算 <input type="checkbox"/> 法人成り損得計算 <input type="checkbox"/> 相続税額計算 <input type="checkbox"/> 連年贈与シミュレーション <hr/> <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
<b>希望相談日</b>	第1希望日 平成 年 月 日 第2希望日 平成 年 月 日 第3希望日 平成 年 月 日

（注）個人情報の取り扱いにつきましては最大限の配慮をしております。

# FAX 078-334-6664