

受付確認票

令和 年 月 日

1. ご用件 (次の①又は②のいずれかに☑をお願いします。)

- ① 融資のご相談・お申込【業種：
 開業予定 既に開業している
- ② (現在、ご返済中のお客さま)
 ご返済方法の変更等に関するご相談

※ ご相談時に提出された書類については、公庫規定に則り適切に保管し、保存期間(原則1年)経過後は適切に廃棄します。

2. 反社会的勢力に関する表明・確約および照会同意について

私(相談者(又は申込人)及び代理人(同伴者を含む。))。法人の場合は、当該法人の役員等を含む。)は、公庫との取引(融資、返済方法変更等の相談を含む)に際し、現在、次の各号のいずれにも該当しないことを表明し、かつ将来にわたっても該当しないことを確約します。また、必要に応じ、公庫が本人確認に関する資料の写し等を添付して、沖縄県警察本部組織犯罪対策課等へ照会を行うことに同意します。

- | | |
|---|---|
| (1) 暴力団 | (11) 暴力団員等が経営に実質的に関与していると認められる関係を有する者 |
| (2) 暴力団員 | (12) 自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもってするなど、不当に暴力団員等を利用していると認められる関係を有する者 |
| (3) 暴力団員でなくなった時から5年を経過しない者 | (13) 暴力団員等に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなどの関与をしていると認められる関係を有する者 |
| (4) 暴力団準構成員 | (14) 役員又は経営に実質的に関与している者が暴力団員等と社会的に非難されると認められる関係を有する者 |
| (5) 暴力団関係企業 | (15) その他暴力、威力又は詐欺的手法を駆使して利益を追求する者 |
| (6) 総会屋等 | |
| (7) 社会運動等標ぼうゴロ | |
| (8) 特殊知能暴力集団等 | |
| (9) その他前各号に準ずる者 | |
| (10) 前各号のいずれかに該当する者(以下「暴力団員等」という。)が経営を支配していると認められる関係を有する者 | |

上記について、内容を確認のうえ同意しました。

相談者 (又は申込人)	①	フリガナ		設立年月日	S・H・R 年 月 日	
		法人名		電話番号	☎()-()-()	
		住所				
	※個人でご相談(お申込)の場合は、↓②のみご記入ください。					
	②	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日	
		代表者名 (又は個人名)		電話番号	☎()-()-() ☎()-()-()	
住所						

※代理人や同伴者の方につきましては、以下の欄にご記入をお願いします。

代理人 ① (同伴者含む)	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
	名前		電話番号	☎()-()-()
	住所		申込人との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 役員・従業員 <input type="checkbox"/> その他(業者等)
代理人 ② (同伴者含む)	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
	名前		電話番号	☎()-()-()
	住所		申込人との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 役員・従業員 <input type="checkbox"/> その他(業者等)
代理人 ③ (同伴者含む)	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
	名前		電話番号	☎()-()-()
	住所		申込人との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 役員・従業員 <input type="checkbox"/> その他(業者等)

【公庫使用欄】 本人確認の方法

	運転免許証	マイナンバーカード	健康保険証	その他確認書類	顧客要項	確認不要
相談者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
代理人①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
代理人②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
代理人③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>