

事前相談シート<コラボ保証>

奈良県信用保証協会 宛

「コラボ」の申込を行うにあたり、要件に適合するか照会します。

金融機関 / 融資取扱店名 (担当者:) (不在時:)	TEL FAX
---	----------------

○申込人概要

申込人名 (代表者名)	設立年月日(個人の場合は生年月日) M・T・S・H
申込人住所〒	業 種 従業員数 人うち、役員家族 人)

資格要件(金融機関記入欄)

- ・県内において同一事業を2年以上営業している
- ・当行(金庫)での取引振りが正常である
- ・当行(金庫)において事業性評価を既の実施し、シート作成済みである

申込概要

申込額		円
期 間		ヶ月
担 保	無担保・有担保	

○当店の取引状況(下記のとおり)

		年 月 日現在の残高(取引開始 預金 年 月 / 融資 年 月)							
預金	当座	千円	融 資	区分	プロパー	保証協会付	保全状況		取引振り
	普通	千円		貸付	千円	千円	不動産	千円	1. 優良
	定期性	千円		割引	千円	千円	預金	千円	2. 良
	その他	千円		その他	千円	千円	その他	千円	3. 普通
	合計	千円		合計	千円	千円	合計	千円	4. 新規

○取扱金融機関の今後の支援方針

<所見>

<保証協会回答欄>

事前相談により照会のあったコラボ保証について、次のとおり回答いたします。
 この回答の有効期限は 年 月 日までとします。

(ア) 保証承諾は可能です。 (保証料率() 区分)
 付帯条件.....

 (イ) 保証には応じられません。

平成 年 月 日
 奈良県信用保証協会 本店・高田支店 (担当:) (役席:)