

保証制度事前照会票

茨城県農業信用基金協会 御中

金融機関名
支店名
担当者名
(TEL)
(FAX)

下記資金について、保証申込限度額(残保証枠)を照会します。

照会項目	
無担保残枠 ・ 保証申込限度残額	
保証申込者	
資金名	申込額
代表者名	電話番号
設立年月日	代表者の生年月日

(協会回答欄)

保証申込限度額		
備考		
協会回答日	協会回答日	令和 年 月 日

(注)

- ・照会先より、「個人情報の取扱いに関する同意書」を徴求したうえで、照会願います。
- ・本照会は、保証諾否を決定するものではありませんのでご留意願います。
- ・照会項目は、お問い合わせ内容を○で囲んでください。双方希望の場合は、双方とも記載願います。
- ・本照会后、他融資機関からの申込(照会)があったときは、申込書到着を優先します。