

令和2年度 伴走型小規模事業者支援推進事業

『専門家派遣』申込書

【申込み先：FAX096-232-7480】

|                               |                          |                 |                  |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| 企業名                           |                          | 代表者             |                  |
| 所在地                           | 〒           —            | 生年月日            | 年   月   日 (   歳) |
|                               |                          | TEL             |                  |
|                               |                          | FAX             |                  |
| 業種                            |                          | 資本金             | 万円               |
| 創業                            | 年   月 (業歴   年)           | 従業員             | 名 (うち家族   名)     |
| 直近3年の状況                       |                          | 年   月           | 年   月            |
| 販売額 (生産額)                     |                          | 万円              | 万円               |
| 利益又は損失                        |                          | 万円              | 万円               |
| 相談内容                          | (現況及び相談内容や受けたい指導をお書き下さい) |                 |                  |
|                               |                          |                 |                  |
| 指導希望日時<br>(第3希望まで<br>ご記入ください) | 第1希望                     | 年   月   日 (   ) | (午前・午後   時   分)  |
|                               | 第2希望                     | 年   月   日 (   ) | (午前・午後   時   分)  |
|                               | 第3希望                     | 年   月   日 (   ) | (午前・午後   時   分)  |

※本申込にご記入いただいた個人情報については、本人確認・申込者名簿の作成など、本事業のために使用します。