

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	〒 ー	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	年 月
販売額 (生産額)	万円	万円	万円
利益又は損失	万円	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 (第3希望まで 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。