

プッシュ型事業承継支援強化事業「専門家派遣」依頼申請書

標記の件について、下記により支援を受けることを申請します。

記

企業名			
代表者名	T・S・H 年 月 日生	創業年月 法人設立年	年 月
(生年月日)			
所在地	(〒 - ) (電話)		
資本金		従業員数	人
売上高(年間)		業種	
主要商(製)品名		主要設備	
支援内容について(事業承継を推進する課題等)			
希望専門家		実施予定日	令和 年 月 日 ( )
派遣予定回数	回 (3回以内)		

(注) 本申請書にご記入いただいた情報は、事業承継推進のために使用し、派遣する専門家に提供するほか、必要に応じて、岐阜県・中部経済産業局・中小企業庁等の関係機関に提供することがあります。

令和 年 月 日

岐阜県商工会連合会長 様

NW支援機関名

NW支援機関長名

(印)

NW支援機関担当者名