（様式１）

（神奈川県補助事業）

ビジネスモデル転換事業フォローアップアドバイザー派遣事業　派遣申込書

令和　年　月　日

公益財団法人神奈川産業振興センター　理事長　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 〒　　－　　　　 | ＴＥＬ：(　　　)　　　－　　　　ＦＡＸ：(　　　)　　　－　　　　E-mail： |
| 役職名・代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　 | 創業年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 業　種 |  | 資本金 | 万円 | 従業員数（内パート等） | 　　　　　　　人（　　　　　　人） |
| 主たる事業の内容(製品・サービス等) |  | 売上高経常利益（決算月） | 万円万円（　　　　　月） |
| 当該申込及び専門家に対応される方の役職・氏名(代表者の場合は記載不要) | 役職名 |  | 氏　名 |  |
| 「中小事業者・小規模企業再起促進事業費補助金＜ビジネスモデル転換事業＞」「中小企業・小規模企業感染症対策事業費補助金＜ビジネスモデル転換事業＞」「ビジネスモデル転換事業費補助金」 | 交付決定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ■貴社の経営課題及びアドバイスを求める内容等 |
| （経営課題） | （アドバイスを求める内容と期待する効果） |

※ご記入いただいた内容につきましては、当センターからのご案内等に利用させていただく場合もあります。