【様式１】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**地域産業課　経営支援グループ　行**

**F A X ：０１７－７３４－８１０７**

**E-Mail：chiikisangyo@pref.aomori.lg.jp**

**【令和４年度青森県中小企業等事業再構築促進事業　専門家派遣申込書】**

**１　申込者の概要**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | （名　称） | |  | | | |
| （所在地） | |  | | | |
| （HPアドレス） | |  | | | |
| 代表者職・氏名 | （役職） | |  | | | |
| （氏名） | |  | | | |
| 業　種 |  | | 資本金 | 円 | 従業員 | 人 |
| 担当者（連絡先）  ※平日に連絡がつきやすい電話番号・アドレスを記載してください | （役職） |  | | | | |
| （氏名） |  | | | | |
| （電話） |  | | | | |
| （ＦＡＸ） |  | | | | |
| （E-Mail） |  | | | | |

**２　事業について（こちらに記載した内容は審査の際に活用します）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業再構築の概要 | ※事業再構築補助金を活用して実施する予定の取組内容を**詳しく**記載してください。 | |
| アドバイスを受けたい事項・内容等  ※内容は具体的に記載してください | 【アドバイスを受けたい事項・内容等】  【希望する派遣回数】(原則最大５回)  【希望する派遣時期】  【事業再構築補助金の申請予定時期】 | |
| 希望する専門家  ※希望する専門家がいない場合は空欄 | 氏名： |  |
| 住所： |  |
| 電話： |  |
| メール： |  |