

地域産業課 経営支援グループ 行

FAX : 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) ※平日に連絡がつかや 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:				