令和３年度起業アテンダント養成研修

　 受講申込書（青森県支援枠）

**≪お申込み≫**必要事項をご記入のうえ、メールまたはFAXにてお申し込みください。

　　　　　　応募者多数の場合は選考となりますので、予めご了承ください。

|  |  |
| --- | --- |
| お申込み先 | 青森県地域産業課　創業支援グループ　對馬宛メール：chiikisangyo@pref.aomori.lg.jp／FAX：017－734-9374 |
|   |  |
| 住 所 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| 事業形態をお選びください（いずれかに○を記入） | １　個人事業主として開業届を出している（開業年月：　年　月）２　法人格を有している　　（法人名：　　　　　　　／設立年月：　年　月） |
| 事業内容をご記入ください |  |
| 推薦者をお選びください（いずれかに○を記入） | １　支援機関からの受講推薦を受けている２　起業アテンダント第1期生からの受講推薦を受けている３　上記１、２からの推薦を受けていない |
| これまでの創業支援実績についてご記入ください | 例：○年○月○日開催の創業・起業イベント（イベント名：〇〇）へ講師として登壇　など |
| 参加の動機をご記入ください |  |