**小規模企業支援強化事業　コーディネーター支援申込書(神奈川県補助事業)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サポーター | 氏名 | 登録番号 |  | 商工会・会議所名 | 担当者職氏名 |

○必要事項をご記入の上、貴社が所属する地域商工会･商工会議所(以下「商工会等」という。)へFAXでご送付ください。

○支援上知り得た秘密は厳守します。なお本事業は商工会等との連携事業です。商工会等と支援情報を共有させていただきます。共有を承諾できない場合は次の項目の□をチェックしてください。商工会等から外部への情報管理は厳守されます。

**地域商工会・商工会議所との情報の共有を　　□　承諾しません。　(チェックのないものは共有を承諾したものとします。)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | フリガナ | | |  | | | | 創業年月(西暦) | | 加入区分 |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | 氏名 | | |  | | | | 年　　月 | | 会　員 非会員 |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | ＴＥＬ | | (　　　　　　) | | | | |
| E-Maiｌ |  | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ | | (　　　　　　) | | | | |
| 訪問先  住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | 連絡先TEL  (携帯等) | | (　　　　　　) | | | | |
| ※訪問先が所在地と異なる場合は必ずご記入ください。 | | | | | | | | | | | | 事業所  担当者名 | |  | | | | |
| 業種  (該当番号  記入) |  | | 1.製造業　2.建設業3.卸売業4.小売業5.飲食業6.サービス業　7.その他 | | | | | 主な取扱商品･製品･サービス等 | | |  | | | | | | | | |
| 資本金(万円)  (法人) |  | | | | 年間  売上高  (万円) | |  | | | 従業  員数  (人) | | 常時雇用 | |  | | 役員(法人) | |  | |
| パート | |  | | 専従者(個人) | |  | |
| 相談分類  (番号記入・複数可） |  |  | |  | | 1経営全般　2創業　3事業承継　4事業計画　5資金　6法律・特許等　7税務　8労務・人事  9販路・取引　10開発・技術　11 ＩＴ・情報化　12生産・品質管理　13店舗・不動産　14記帳  15倒産防止　16その他（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |
| 具体的な  相談内容(できるだけ詳細にご記入ください) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支援希望 | 希望  回数 | １回目(希望する日時) | | | | | | | ２回目(　　　〃　　　) | | | | | | ３回目(　　　〃　　　) | | | | |
| 1事業所  年間３回まで |  | ①　　月　　　日（　　）　　　：　　　～ | | | | | | | ②　　月　　　日（　　）　　　：　　　～ | | | | | | ③　　月　　　日（　　）　　　：　　　～ | | | | |
| ①　　月　　　日（　　）　　　：　　　～ | | | | | | | ②　　月　　　日（　　）　　　：　　　～ | | | | | | ③　　月　　　日（　　）　　　：　　　～ | | | | |
| 通信欄  (事務局  使用) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※本事業のコーディネーター支援は、神奈川県中小企業・小規模企業活性化推進条例の中小企業と小規模企業が対象となります。