

専門家派遣申込確認事項（徳島県事業承継ネットワーク事務局）

中小企業者等の概要	ふりがな					
	企業名	※法人格等含む正式名称を記入すること。 <div style="text-align: right;">(印) (法人・個人)</div>				
	業種		代表者名			
	所在地	〒		連絡先	電話担当 ()	
	創業	M/T/S/H 年創業	資本金	万円	従業員	人
申請内容	1. 派遣を希望する専門家について					
	① 派遣を希望する専門家について次から選択してください。 ・企業OB・経営コンサルタント・公設試研究員・公認会計士・行政書士・司法書士 ・社会保険労務士・税理士・大学教授等・中小企業診断士・弁護士・弁理士 ・その他 ()					
	② 上記①について具体的な方がいらっしゃいましたらお名前をご記入ください。 ※派遣させていただく専門家は、本事業に登録されている方ですのでご希望に添えない場合がございます。 ()					
	③ 上記の専門家派遣を希望する理由 ()					
	2. 専門家派遣申請の内容・理由					
	① 経営上の問題点・課題（現状認識）					
	② ①に対して専門家に求める支援の内容（専門家に支援してもらいたい内容）					
	③ 専門家の支援により期待する効果（成果）					
	3. 派遣実施について					
	①実施希望日時 ・第1希望 平成 年 月 日 () : ~ : ・第2希望 平成 年 月 日 () : ~ : ・第3希望 平成 年 月 日 () : ~ :					
②派遣希望場所 ・所在地に同じ ・所在地と異なる場所 ()						

※ご記入いただいた情報は、派遣申請や派遣する専門家の決定や派遣日程調整について使用します。