

石川県中小企業団体中央会 行

(TEL : 076-267-7711)

(FAX : 076-267-7720)

令和4年度 経営力強化総合支援アドバイザー派遣申込書

企 業 名		資 本 金	千円
代表者名		創業年月	年 月
所 在 地	〒 TEL ()		
業 種		従業員数	人
中小企業者・小規模企業者の別		☐ 中小企業者 ☐ 小規模企業者	
所属組合(団体)名等			
業 績 (年 月期)	売 上 高 千円	経常利益 千円	

支援を受けたい内容（該当する課題に○を付け、下記にその具体的内容を記載。）	
①資金繰り ②経営計画作成 ③生産性向上 ④品質管理(HACCP含む) ⑤新分野進出 ⑥マーケティング・販売促進 ⑦事業承継 ⑧再生支援 ⑨労務管理 ⑩財務管理 ⑪その他 ()	
派遣回数（予定）	回 ※4回以上の場合は、 別途要件がありますのでご相談下さい。
認識する 経営課題	
要望する支援の 具体的内容	
問合せ窓口	事業者名： _____ 部署・役職名： _____ 担当者氏名： _____
希望する専門家	（希望する専門家があればご記入ください） 住 所：〒 _____ 氏 名： _____ 電話番号： _____