令和　　年　　月　　日

公益財団法人石川県産業創出支援機構

理事長　　田　中　新　太　郎　　殿

令和７年度専門家派遣申請書

経営技術診断・助言事業による専門家派遣を受けたいので、直近3年間の決算書の写し（個人事業の場合は、確定申告書に係る全部の写し）等の経営状況が分かる書類を添えて、申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣テーマ  （番号を　で囲む） | 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 | ﾏｰｹﾃｨﾝｸﾞ･  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 | 創業 | ⑫ | デジタル化 | ⑬ | | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | ふりがな | | | | |  | | | | | | |
| 事業者名 |  | | | | | | 代表者名 | | | | | （満　　歳） | | | | | | |
| 本社住所 | 〒　－    電話：（　　）　　－　　　　　　ファックス：（　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所住所  （専門家が訪問する住所） | 〒　－    電話：（　　）　　－　　　　　　ファックス：（　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 業種 |  | | | | | | 資本金 | | | | | 千円 | | | | | | |
| 創業年月  (創業予定月) | 年　　月 | | | | | | 設立年月 | | | | | 年　　月 | | | | | | |
| 後継者の有無  （　で囲む） | ①いる（親族・従業員・その他）　　②いない　　③未定 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業員数  (創業者の場合予定人数) | 決算期 | | | 役　員 | | 正社員 | | | | パート | | | | 派　遣 | | | | 合　計 |
| 令和　年　月期 | | | 人 | | 人 | | | | 人 | | | | 人 | | | | 人 |
| 令和　年　月期 | | | 人 | | 人 | | | | 人 | | | | 人 | | | | 人 |
| 窓口部署  担当者名 | 部署名  役職名 | | |  | | | | | 担当者名 | | | | | |  | | | |
| （希望する専門家がある場合は記入）  住　　所：〒　-  氏　　名：  電　　話： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １．当社を取り巻く現状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２．当社が認識する経営課題 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３．専門家派遣を申請する目的 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４．当社が要望する支援・助言の具体的内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５．専門家派遣の開始希望時期・回数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （１）令和　年　月頃より開始を希望  （２）派遣回数は、　回程度を希望  　※4回以上を希望する場合は以下①～③のいずれかの要件への☑が必要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

□①令和6年能登半島地震等の被災事業者

*○市町が発行する被災（罹災）証明書等の提出をお願いします*

□②下記により再生支援（経営改善含む）のための派遣を受ける企業(派遣テーマ：⑧再生支援)

　　□金融債務の条件変更中である

　　□実質債務超過である

　　□直近2期連続営業赤字である

　　□借入過多である

□③事業承継のための派遣を受ける企業（派遣テーマ：⑦事業承継）

【様式2-1】

□売上・粗利益減少要件

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象月  （2025年4月以降の  任意の1カ月） | 年月 | 年　　　　　月 |
| 売上・粗利益  ※該当に〇 | 千円（Ａ） |
| 基準月  （2022年4月～2025年3月における対象月と同月の１カ月） | 年月 | 年　　　　　月 |
| 売上・粗利益  ※該当に〇 | 千円（Ｂ） |

（Ａ）が（Ｂ）より３％以上減少　＝　年度内における１企業への派遣回数の上限なし

*○対象月及び基準月の売上・粗利益額がわかる資料（月次試算表等）の提出をお願いします*

※　専門家派遣を受ける事業所の住所地図を添付

私は、貴機構が私に関する個人情報等を上記利用目的のために必要な範囲で利用すること、及び貴機構と専門家との間で上記個人情報が授受されることに同意します。また、石川県に対して必要に応じて当該派遣に関する情報が提供されることに同意します。