

様式第7

経営革新計画フォローアップアドバイザー派遣申込書

平成 年 月 日

(財) 栃木県産業振興センター 理事長 様

住 所
名 称 及 び
代 表 者 氏 名 印

経営革新計画に係るフォローアップアドバイザーの派遣を、以下のとおり申し込みます。

1 支援内容の分類（専門家に依頼する項目について○印をつけてください。複数可） ア. 経営 イ. 技術 ウ. 人材養成 エ. 販路開拓 オ. その他（具体的に： _____)
2 支援を求める具体的内容
3 希望するアドバイザー（該当する方に○をつけてください。） ・ 中小企業診断士 ・ その他の専門家（専門分野等 _____) ※ 派遣を受けたいアドバイザーがいれば下記に記入してください。 （ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。） 〒 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ F A X _____
4 専門家の派遣計画 (1) 希望日（期間）： 平成 年 月 日～平成 年 月 日 ※ 派遣日（期間）については、当該年度2月末日までに終了するようにしてください。 (2) 希望回数： _____ 回（限度数2回） ※ ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。
5 連絡先等 担当者役職： _____ 氏 名： _____ 電話番号 _____ F A X 番号 _____ 派遣先住所 〒 _____ メールアドレス： _____