様式第２号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 事業継続力強化アドバイザー派遣事業事 業 計 画 書 |

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 |  |
| 所在地 |  〒 |
| 代表者 |  | 資本金 |  千円 |
| 業　種 |  | 従業員 |  人 |
| 担当者連絡先 | 氏　名 |  |
| 所属課 |  | 連絡先 | 電　話：　（　　）ＦＡＸ：　（　　） |
| 設立登記日又は事業を開始した日※創業要件等該当の場合は必須 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 希望のアドバイザー１ あり２ なし※○印 | 氏名 |  |
| 所属 | 企業名 |  | 役職 |  |
| 所在地 |  〒 |
| 連絡先 | 電　話：　（　　）ＦＡＸ：　（　　） |
| １．経営力強化等の内容 |
|  | 1. 経営方針について

○経営計画が策定されている場合：　　　年　　月策定○経営計画が未策定の場合：　　　年　月策定予定○経営理念・経営方針・ビジョン等（下欄に記載） |
| 1. 経営の現状及び課題、事業継続力強化アドバイザー派遣の内容及び必要性
 |
| ２．アドバイザーの派遣を希望する時期及び回数 |
|  |  ①期間　　　　　年　月　日　～　　　　年　月　日 |
|  ②回数 　　　　回 |
| ３．過去に都道府県若しくは実施機関が実施している支援施策を受けたことのある場合は下記にご記入下さい。 |
|  |  ①支援の名称 |
|  ②支援の時期 |
| 管轄商工会議所等の担当経営指導員名 |  |