（様式２）

診断助言実施計画書

令和　　年　　　月　　　日

公益財団法人あきた企業活性化センター　理事長　　宛

専門家　　住所

氏名

令和　　年度専門家派遣事業について、公益財団法人あきた企業活性化センター専門家派遣事業実施要領に基づき、次のとおり要請先中小企業者等の診断助言計画を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 相手先  中小企業者等  の名称 |  |
| 派遣テーマ |  |
| 診断助言の  実施方針 |  |
| 改善目標  （できるだけ数値化  して具体的に記載） |  |

【診断助言実施スケジュール】

* 診断助言の延べ日数は最大で２日です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 回 | 年　月　日 | 時　　間  （　 時～　 時） | 指導  手段 | 具体的な診断助言計画 |
| １  ２ |  | ＿＿＿＿＿＿  （計　　時間） | 面談  オンライン  （ツール名） | (全２回) |

専門家派遣事業謝金振込口座届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 専　門　家 | | 住所  氏名 | |
| 振込口座 | 銀 行 名 |  | |
| 支 店 名 |  | |
| 口座番号 | 当 ・ 普 |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  | |
| 口座名義 |  | |
| 個人のみ | インボイス登録番号 |  | |

（注）１．振込口座は、専門家個人名義の口座を御記入ください。

　　　　　所属機関等名義の口座にはお振込みできませんので、御注意ください。

　　　２．振込金額は、源泉所得税を控除した金額となります。

　　　３．個人で適格請求書発行事業者登録（インボイス制度の登録）をしている方のみ、

インボイス登録番号について記載ください。

（様式１１）

令和　　年　　月　　日

秘密保持誓約書

公益財団法人あきた企業活性化センター　理事長　様

住　　所

氏　　名

　私は、貴センターから専門家派遣の依頼を受け中小企業者等に対し、診断、助言を行いますが、専門家派遣事業実施要領第6条に基づき下記事項を厳守することを誓約します。

記

１．秘密保持の制約

　　本専門家派遣事業により知り得た中小企業者等の秘密情報について開示、遺漏、又は本事業目的以外で使用しないことを約束いたします。

２．本事業終了後の秘密保持

　　秘密情報については中小企業者等に対する診断、助言が終了した後においても、開示、遺漏、又は使用しないことを約束いたします。