（様式１）

支援申請書

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

　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

会社名

代表者職氏名

地域密着型ＤＸ支援事業　伴走支援事業実施要領に基づき、次のとおり申請します。

１　企業概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業種 |  | 資本金 |  |
| 従業員数 |  | 創業年 |  |
| 事業内容 | （主な取扱製品・商品・サービスなど） |
| URL |  |

２　連絡担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部署・役職 |  | 氏名 |  |
| 電話 |  | E-mail |  |

３　希望する伴走支援者

　　支援を希望する伴走支援者を入力してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 伴走支援者（企業名等） |  |
| 選定理由 |  |

※　自ら専門家を選択することが困難な場合には、センターが課題に応じて伴走支援者を紹介しますが、最終決定は申請者自身が行ってください。

４　伴走支援を希望する区分

　　　☐継 続　　☐新 規

５　支援を希望する時期

令和　　　年　　　月　～　令和　　　年　　　月頃

６　現状と課題

できるだけ具体的に現状と課題を入力してください。

|  |
| --- |
|  |

７　目指す姿、目標

※以下、「目指すべき姿」を参考に、できるだけ具体的に記載してください。（何を、いつまでに、どれくらい）

|  |
| --- |
|  |

※本書類は、支援実施可否判断のため、支援を希望する伴走支援者のほか、本事業の委託元である秋田県に共有します。なお、記載情報の取扱いについては、実施要領第10条等に基づき、秘密の保持を厳守します。