（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 **各 回 提 出**

診断助言受入証明書

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

住　　 　所

会　 社　 名

代表者職氏名

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、次のとおり診断助言を受けたので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 診断助言を  受けた  専門家氏名 |  |

**【今回の診断助言実績】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 回数及び  実施日時 | 回　　数 | 第　　　　　回目 |
| 実施日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日／　　　　　時　～　　　　　時 |
| 診断助言  の内容 |  | |

※　このページは診断助言実施日ごとに提出してください。

※　オンライン指導の場合は、写真等の証拠書類を提出ください

**最 終 回 提 出**

**【事業終了総括】**

|  |  |
| --- | --- |
| 診断助言を受けた成果及び今後期待される効果 | |
|  | |
| 専門家派遣事業に対する感想 | |
| 事業全般  について |  |
| 診断助言を受けた  専門家について |  |

※　このページは最終回のみ提出してください。