**令和７年度小規模事業者の自走化伴走支援事業**

**推薦チェックリスト**

**１　基本要件**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 県内に主たる事業所を有する者であること。 |
|  | 中小企業等経営強化法第２条第１項に定める中小企業者であること。 |
|  | 全６回の伴走支援に参加可能であること |
|  | 風営法に規定する風俗営業等を営む又は営もうとする者でないこと。 |

**２　支援企業の熱意**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 本事業の趣旨・目的をよく理解している。 |
|  | 経営者の参加が見込まれる。 |
|  | 支援企業の意欲が高い。 |

**３　伴走支援を通じた成長**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 伴走支援を通じて大きく成長することが見込まれる。 |
|  | 経営課題と希望する伴走支援テーマが整合している。 |
|  | 経営課題に対し、すでに取り組んでいることがある。 |

**４　支援企業の実施体制**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 社内に本事業の推進担当者が決まっている。 |
|  | 伴走支援に一定の業務時間を費やすことができる。 |
|  | 必要な企業情報を提供する用意がある。 |

**５　支援後の展開・自走化の実現性**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 伴走支援後、自走していく意欲が高い。 |

**６　推薦機関の支援体制**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 推薦機関の支援体制がある。 |
|  | 支援企業と継続的にフォローアップできる関係性がある。 |
|  | 地域伴走者の意欲は高い。 |

**合計チェック数**　〇〇/１７

**推薦機関名：**

**記入者氏名：**