（様式第１号）

**令和７年度小規模事業者の自走化伴走支援事業**

**支援企業推薦書**

令和７年　　月　　日

１　推薦機関

（１）推薦機関の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 推薦書作成責任者者 | 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話/メール |

（２）支援員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 伴走支援を担当する支援員 | 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話/メール |
| 経歴等 |  |
| 要望等 | ※専門伴走者に期待する専門知識や支援手法を御記載ください。 |

※複数名で参加いただける場合は、適宜表を追加してください。

２　支援企業

（１）企業概要

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| 資本金 |  | 従業員数 |  |
| 売上（千円） | 前期 |  | 前々期 |  |
| 営業利益（千円） | 前期 |  | 前々期 |  |
| 事業概要 |  |
| 企業URL |  |

（２）希望する支援内容　※推薦要領　５　審査・選考に記載する審査項目を踏まえ、簡潔に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支援テーマ | ※推薦要領　２（４）から当てはまるものを選択して記載してください。 |
| 推薦理由 | 1. これまでの取組
2. 会社の特徴/強み
3. 解決したい経営課題/達成したい目標/成長への期待等
4. 支援企業の参加意欲
 |
| 実施体制 | ※担当者の所属・役職、組織図等を記載してください。（伴走支援に割ける時間）１人あたり週〇時間程度　 |
| これまでの支援内容 | ※これまでに推薦した支援企業に対し支援したことがあれば記載してください。 |
| その他 | ※伴走支援に参加いただくにあたっての注意事項、希望する専門家等を記載してください。 |

（様式第２号）

令和７年　　月　　日

鳥取県商工労働部企業支援課　御中

企業名　：

代表者名：

令和７年度小規模事業者の自走化伴走支援事業

支援企業確認書

令和７年度小規模事業者の自走化伴走支援事業に推薦されるあたり、下記の事項について確認します。

記

１　県内に主たる事業所を有する者であること。

２　中小企業等経営強化法（平成11年法律第18号）第２条第１項に定める中小企業者であること。

３　本事業の目的をよく理解し、伴走支援を最後まで受けることができる者であること（やむを得ない事情がある場合は除く。）。

４　伴走支援を受けるにあたって、支援企業の社内で推進体制を用意できる者であること。

５　伴走支援を受けるにあたって、専門家及び支援員に可能な限り必要となる企業情報を提供すること。

６　風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律（昭和23年法律第122号）第２条に規定する風俗営業、性風俗関連特殊営業又は接客業務受託営業を営む又は営もうとする者でないこと。

以上