

「事前相談シート」

令和 年 月 日

潟上市商工会 宛

E-Mail katagami@skr-akita.or.jp

FAX 018-877-6273

名 称: _____

代表者氏名: _____

担当者氏名: _____

電 話 番 号: _____

1 事前照会を希望する助成金 ※○印を記入してください。

<input type="checkbox"/>	(1)	創業助成金	<input type="checkbox"/>	(7)	認証特産品事業者連携助成金
<input type="checkbox"/>	(2)	事業承継助成金	<input type="checkbox"/>	(8)	資格取得・資質向上助成金
<input type="checkbox"/>	(3)	「商工会会計システム」導入助成金	<input type="checkbox"/>	(9)	人手不足対策助成金
<input type="checkbox"/>	(4)	「商工会会計システム」自計化助成金	<input type="checkbox"/>	(10)	事業継続(防災・減災)助成金
<input type="checkbox"/>	(5)	広告宣伝助成金	<input type="checkbox"/>	(11)	キャッシュレス決済導入助成金
<input type="checkbox"/>	(6)	展示会・商談会出展助成金	<input type="checkbox"/>	(12)	体験・見学受入助成金

2 事前照会の内容

※実施内容及び目的

※対象となる経費及び経費総額

※提出予定書類

商工会記入欄

事務局長	副事務局長	総務担当	受付者	備考欄

受付印