【　　年　　月　　日】

**事業承継専門家派遣申込書**

**神奈川県事業承継ネットワーク事務局**

プッシュ型事業承継支援高度化事業における個者支援施策として、下記企業に対し事業承継専門家派遣を依頼します。本申込に際しては、企業情報等の提供について派遣予定先企業の承諾を得ております。

**支援機関名：**

【　企業概要　】

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 |  |
| 住所 |  |
| 代表者名 |  | 年齢 | 才 |
| 電話番号 |  | Ｅ-mail |  |
| 売上高 | 千円 | 業種 |  |
| 資本金 | 千円 | 従業員数 | 人 |

【　支援内容　】

|  |
| --- |
| ご相談内容 |
| ＊具体的にご記入ください。＊事業承継の方法（ □ 親族内承継　□ 従業員等への承継　□ 第三者への承継 ） |
| 希望する専門家の属性 | □　弁護士 　□　公認会計士 　□　税理士 　□　中小企業診断士　□　その他 |
| 主な支援内容 | □　自社の現状把握　　　□　事業承継計画の作成□　株式買取り等による金融支援　　□　自社株式の評価□　事業承継税制（相続税・贈与税の納税猶予）　□　遺言の活用□　会社法制度の活用（種類株式の発行）□　個人債務保証の段階的移行　　□　後継者教育 |

＊該当の項目にチェック【☑】をしてください。

【　支援機関担当者連絡先　】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役職及び氏名 | 電話番号 | アドレス |
|  |  |  |