専門家派遣申請書（価格交渉促進枠）

令和　年　月　日

公益財団法人にいがた産業創造機構　理事長　様

専門家派遣事業による専門家等の派遣を以下のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企業名 | |  | | | | |
| 所在地 | | (〒　　－　　) | | | | |
| 代表者名 | |  | | | | |
| 連絡先 | | TEL：（　　　）　　　－　　　　　FAX：（　　　）　　　－ | | | | |
| e-mail： | | | | |
| 担当者名 | |  | | | | |
| 業種 | |  | | | 創業年月 |  |
| 資本金 | |  | | | 従業員数 | 名（内正社員　　名） |
| 業務内容 | |  | | | | |
| 主要取扱品・サービス | | （　　％） | | | 主要取引先 | （　　％） |
| （　　％） | | | （　　％） |
| （　　％） | | | （　　％） |
| （　　％） | | | （　　％） |
| 年間売上高 | | 千円　（令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月） | | | | |
| 派遣希望  専門家等(※) | | 氏　名 | |  | | |
| 支援テーマ | |  | | |
| ● 原材料価格等の高騰に伴うコスト上昇分の価格転嫁における問題点等 | | | | | | |
| ● 価格転嫁に関して専門家に希望する支援の具体的内容 | | | | | | |
| ● 期待する効果 | | | | | | |
| ● 支援内容スケジュール（予定） | | | | | | |
| 回数 | 時期 | | 各回の支援内容について | | | |
| 第1回 | 月頃 | |  | | | |
| 第2回 | 月頃 | |  | | | |
| 第3回 | 月頃 | |  | | | |
| 第4回 | 月頃 | |  | | | |
| 第5回 | 月頃 | |  | | | |
| ● 申請要件適合の確認  電力・ガス・食料品等価格高騰等の影響を受けており、最近1か月間又は3か月間の売上高、売上総利益、売上高経常利益率のいずれかが前年同期と比較して5％以上減少していること。  注）「最近1か月間」は、申請日時点から遡ること3か月間のうちいずれかの月を最近1か月間とし、  「最近3か月間」は最近1か月間を含む連続した3か月間としてください。  １．要件に該当させる期間について、いずれかに☑してください。  □ 最近1か月間（令和　　年　　月）  □ 最近3か月間（令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月）  ２．要件に該当させる事項について、いずれかに☑してください。  □ 売上高（→下記3へ）　□ 売上総利益（→下記3へ）　□ 売上高経常利益率（→下記4へ）  ３．売上高または売上総利益の具体的な金額を記載してください。  　　Ａ；最近1か月間又は3か月間の金額　：　　　　　　　　　　　円  　　Ｂ；上記Ａに対応する前年同月期の金額：　　　　　　　　　　　円  　　Ｃ；減少率（（Ｂ－Ａ）／Ｂ×100） ：　　　　　％  ４．売上高経常利益率の具体的な数値を記載してください。  　　Ａ；最近1か月間又は3か月間の数値　：　　　　　％  　　Ｂ；上記Ａに対応する前年同月期の数値：　　　　　％  　　Ｃ；減少率（Ｂ－Ａ）：　　　　　％   * 上記３または４に記載した金額・数値が確認できる書類を添付してください。   ● 派遣条件適合の確認（該当する場合、☑してください。）  □ 派遣を希望する専門家との関係は以下の全てに該当します。  ①専門家は当社の4親等以内の親族ではない。  ②専門家は当社の発行株式総数、出資口数の総数若しくは出資価額の総額の50%以上に相当する数若しくは額の株式若しくは出資を所有する企業に在籍する者または所有する者ではない。  ③専門家は、その発行済株式の総数若しくは出資口数の総数の50%以上に相当する数の株式を当社が所有し、若しくは出資をしている企業又はその企業の出資価額の総額の50%以上に相当する額の出資を当社が行っている企業に在籍する者又は所有する者ではない。  ④専門家は当社の間で、継続して診断・助言を受ける契約を締結している者ではない。  □ 派遣終了後の報告書（第9号様式）提出に同意します。 | | | | | | |