

令和4年度「群馬県事業承継×デジタル化サポート事業」利用申請書

1. 申請者（中小企業・小規模事業者）

申請者名		業種		担当者	
会社所在地		電話番号		メールアドレス	

※ヒアリング時の参考資料とするため、【様式1-2】（別紙）により、申請者の詳細を記入して添付してください。

2. 「事業承継診断」を実施した支援機関

診断実施機関		支店・部署等		担当者	
所在地		電話番号		メールアドレス	

※診断実施機関は、当該事業における専門家のヒアリングに、可能な範囲で同席してください。（専門家派遣終了後の伴走支援のため。）

3. 「事業承継診断」の結果

※「事業承継診断シート(共書式3)」の写しを添付していただく場合は記入不要です。
(必ず申請者の同意を得た上で添付してください)

診断日時			事業者の回答			備考
	診断項目					
Q1、Q7	後継者選定の状況	いる	候補者はいる	いない		※後継者不在企業はQ10へ
	→ 後継者候補の属性	親族	従業員	その他		
Q2	後継者に会社を託す意思を明確に伝えたか	はい		いいえ		
Q3	後継者育成・人脈や技術の引継ぎ状況	はい		いいえ		
Q4	関係者の理解・協力への取組状況	はい		いいえ		
Q5	財務・税務・人事等の総点検の取組状況	はい		いいえ		
Q6	承継準備の相談先	ある→		ない		
Q8	候補者の説得、教育等のための時間	ある		ない		
Q9	候補者に打診していない理由は明確か	はい→		いいえ		※後継者未定企業（いるのに、打診していない）
	事業継続の意思	継続	自分限り			※診断項目にはありませんが、確認してください
Q10	譲渡先の候補	ある		ない		
Q11	売却や譲渡の相談先	ある→		ない		
Q12	事業承継に関して気になっていること	ある→		ない		

4. 専門家派遣希望コースの選択（希望するコースに☑をお願いします）

- (1) 標準支援コース（専門家による延べ支援回数：事業承継支援3回、デジタル化支援3回）
- (2) デジタル化強化支援コース（専門家による延べ支援回数：事業承継支援2回、デジタル化支援4回）
- (3) 特に希望なし

※ 希望どおりの支援コースとならない場合がございます。

5. 診断実施機関の所見 ※具体的に記載をお願いいたします。

（申請者の地域における重要性、診断から感じた取り組むべき課題、経営課題、デジタル化への取組意向等）

--