様式第２号（第７条関係）

支 援 申 込 書

令和　　年　　月　　日

徳島県商工労働観光部新未来産業課長　殿

 　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　　称

 　 　　　　代表者名

　徳島県ヘルスケアビジネス支援アドバイザー事業による支援を受けたいので、徳島県ヘルスケアビジネス支援アドバイザー事業実施要綱第７条の規定に基づき、支援申込書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 |  |
| 担当者　職・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |
| 支援希望回数 ※上限５回 |  |
| 支援希望期間 |  |
| 希望アドバイザー氏名（任意） |  |
| 支援が必要な製品・サービス |  |
| 求める支援内容 |  |