

佐渡市雇用機会拡充事業 個別相談票

1 相談事業者

相談者名				希望 相談日時	令和 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 ~
事業者名				代表者名	
連絡先	電話		E-mail		
	FAX				

※ 相談日時は調整させていただく場合があります。連絡先は相談者の連絡先を記載ください。

2 事業計画

項目	回 答				記載説明	
事業区分	1 創業 2 事業拡大 3 設備投資を伴わない事業拡大				該当する事業区分の番号を○で囲んでください。	
事業実施地					事業実施予定の所在地を記載してください。	
事業内容					検討されている事業の業種や事業内容を記載ください。なお、事業拡大の場合は現在の事業との関連性（新規事業又は拡大など）を記載ください。	
資金計画	必要な資金		左記資金のうち補助経費		検討されている事業全体に係る資金計画を記載してください。	
	設備資金	千円	設 備 費	千円		
			改 修 費	千円		
	運転資金	千円	広告宣伝費	千円		
			店舗等借入費	千円		
人 件 費			千円			
研究開発費			千円			
		事務所移転費	千円			
		教育訓練費	千円			
合 計	千円	合 計	千円			
雇用見込	現 雇 用 数	人			制度活用による雇用（週 20 時間以上の常用雇用）創出人数の見込数を記載してください。なお、事業拡大の場合は現在の雇用人数も記載してください。	
	新規雇用数	1 年目	人	4 年目		人
		2 年目	人	5 年目		人
		3 年目	人	合 計		人