**１　相談事業者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな相談者名 |  | 個別相談希望日時（任意） | **〇第一希望　令和６年11月　　日　午前・午後　（ZOOM・対面）****〇第二希望　令和６年11月　　日　午前・午後　（ZOOM・対面）****〇第三希望　令和６年11月　　日　午前・午後　（ZOOM・対面）** |
| ※時間の指定はできません |
| ふりがな事業所名 |  |
| (本社)所在地 |  |
| 連絡先 | 電話 |  | E-mail |  |
| FAX |  |

※ 個別相談会の日時は先着順により調整させていただきます。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** | **内　容** | **記載説明** |
| **事業区分** | １ 創業　２ 事業拡大　３ 佐渡地域外の創業（□ SADOビジネスコンテスト2025参加） | 該当する事業区分の番号を〇で囲んでください。 |
| **事業実施地** |  | 事業実施予定の所在地（住所）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** | 事業全体に必要な経費 | 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。 |
| 設備経費 | 千円 | 設備費改修費 | 千円千円 |
| その他経費 | 千円 | 広告宣伝費店舗等借入費人件費研究開発費事務所移転費教育訓練費感染防止対策費 | 千円千円千円千円千円千円千円 |
| 合　計 | 千円 | 合計 | 千円 |
| **雇用計画** | 現雇用数 | 　　　　　　人　※事業拡大の場合のみ記入 | 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。 |
| 本事業実施にあたっての雇用創出見込数 | 1年目 | 人 | 4年目 | 人 |
| 2年目 | 人 | 5年目 | 人 |
| 3年目 | 人 | 合　計 | 人 |