

専門家派遣申込書（道内食品製造業総合支援事業）

I. 企業概要

企業名			資本金	千円	従業員数	名
所在地	〒					
代表者	役職			氏名		
担当者	所属・役職			電話番号		
	氏名			FAX		
	E-mail					
業種			主な製品等			

II. 申込要件確認

■ 申込要件 ■

2022年1月以降の連続する6か月のうち、任意の3か月の合計売上高（または付加価値額）が、2019年から2021年の同月の合計売上高（または付加価値額）と比較して、10%以上（付加価値額の場合は15%以上）減少している食品製造業の中小・小規模事業者。ただし、2021年10月以降に創業した食品製造業の中小・小規模事業者については、以下に定める条件にて減少率の要件を満たしていること。

【2021年10月1日～申込日の3ヶ月前までに創業】

①比較期間（減少した期間）：申込日の前月1か月

②基準期間（減少前の期間）：創業日から申込日の前々月の間の日平均額×比較期間の日数

※算出された数字は「②基準期間合計」欄に記入してください

※付加価値額（営業利益、人件費、減価償却費を足したもの）

減少率の選択	<input type="checkbox"/> 売上高の減少率	<input type="checkbox"/> 付加価値額の減少率	※使用する減少率にチェック
--------	----------------------------------	------------------------------------	---------------

①比較期間（売上高等が減少した期間）			②基準期間（売上高等が減少する前の期間）		
年（西暦）	月	金額（円）	年（西暦）	月	金額（円）
年	月	円	年	月	円
年	月	円	年	月	円
年	月	円	年	月	円
①比較期間合計		円	②基準期間合計		円

減少率 = (②基準期間合計 - ①比較期間合計) / ②基準期間合計 × 100 %

※ 双方の期間の売上高等が確認できる資料を添付してください。

III. 相談内容

該当する項目に○をつけてください。

商品開発、販路拡大、生産拡大、品質・衛生管理、コスト削減、省エネ、経営その他（)
---	---

（注）支援は原則2回程度のため、複数の相談には対応することができません。

課題の具体的な内容、相談事項をご記入ください。

【送付先】一般社団法人北海道食品産業協議会

E-mail : hofiatk@orion.ocn.ne.jp FAX : 011-241-6730

【要件確認チェック欄】 対象 ・ 対象外 ※協議会使用