岩手県中小企業団体中央会　連携支援部　行

**ＦＡＸ：０１９－６２４－１２６６**

**企業連携による地域課題対応新事業展開支援事業費補助金制度説明会**

**参加申込書**

令和６年　　月　　日

【組合名・企業名】

【担当者役職・氏名】

　　　　　【電話】

　　　　　 【FAX】

１．**参加を希望する説明会欄の、現地又はオンラインを選択して〇をつけてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 日時：令和6年6月7日(金)　13：30～14：30  場所：カガヤ肴町ビル4階 (中央会入居ビル、盛岡市肴町4－5)  **※締切：6月3日（月）** | 現地/オンライン |

２．参加者について記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 組合名・企業名、役職 | 氏名 | メールアドレス  （オンライン希望の方のみ） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |