（第４号様式）

年　　月　　日

　大　分　県　知　事　殿

大分県事業承継・引継ぎ支援センター長

　　　○○　　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○　○○

令和６年度大分県経営革新加速化支援事業に係る事業承継等支援確認書

下記１の中小企業者等について、下記２の事項に該当することを確認しました。

記

1. 企業名等
2. 企業名
3. 現住所

1. 現代表者職氏名
2. 確認事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 項　目 | 記載事項 | 備考（各項目について、所見等あれば記載してください。） |
| □ | 概ね５年以内に事業承継を行った又は補助事業期間内に事業承継を行う予定の企業である。 | 承継予定者氏名  （　　　　　　　）  被承継者との関係  （　　　　　　）  承継予定時期  （　　　　　　）  ※注 |  |
| □ | 事業承継等に関して支援を行った又は行っている（行う予定を含む。）。 | 具体的支援事項  （　　　　　　） |  |

※注　補助事業期間内に事業承継を行う予定である場合のみ記載