**令和６年度小規模事業者の自走化伴走支援事業**

**推薦チェックリスト**

**１　基本要件**

|  |
| --- |
|[ ]  県内に主たる事業所を有する者であること。 |
|[ ]  中小企業等経営強化法第２条第１項に定める中小企業者であること。 |
|[ ]  全５回の伴走支援に参加可能であること |
|[ ]  風営法に規定する風俗営業等を営む又は営もうとする者でないこ |

**２　支援企業の熱意**

|  |
| --- |
|[ ]  本事業の趣旨・目的をよく理解している。 |
|[ ]  経営者の参加が見込まれる。 |
|[ ]  支援企業の意欲が高い。 |

**３　伴走支援を通じた成長**

|  |
| --- |
|[ ]  伴走支援を通じて大きく成長することが見込まれる。 |
|[ ]  経営課題と希望する伴走支援テーマが整合している。 |
|[ ]  経営課題に対し、すでに取り組んでいることがある。 |

**４　支援企業の実施体制**

|  |
| --- |
|[ ]  社内に本事業の推進担当者が決まっている。 |
|[ ]  伴走支援に一定の業務時間を費やすことができる。 |
|[ ]  必要な企業情報を提供する用意がある。 |

**５　支援後の展開・自走化の実現性**

|  |
| --- |
|[ ]  伴走支援後、自走していく意欲が高いか |

**６　推薦機関の支援体制**

|  |
| --- |
|[ ]  推薦機関の支援体制がある。 |
|[ ]  支援企業と継続的にフォローアップできる関係性がある。 |
|[ ]  地域伴走者の意欲は高いか。 |

**合計チェック数**　〇〇/１７

**推薦機関名：**

**記入者氏名：**