**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：**