（様式　１）

|  |  |
| --- | --- |
| 県記載欄 | 　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**令和５年度　静岡県ヘルスケアビジネス参入支援（専門家派遣）事業**

**応募申込書**

　静岡県知事　川　勝　平　太　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　コンソーシアム名

　代表機関所在地　〒

代表機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表機関代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり、関係書類を添付して応募します。

併せて、下記４の事項について誓約します。

記

　１　事業名　静岡県ヘルスケアビジネス参入支援（専門家派遣）事業

２　添付書類

* 企画提案書（様式２） ・登録予定専門家の概要等（様式３）　・経費積算書（様式４）
* 法人概要が分かる資料（パンフレット・定款等） ※代表機関分のみ

・ 直近２年の決算書（貸借対照表及び収支計算書）

　３　応募するコンソーシアムの概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代　表　機　関 | 所在地（県内） | 〒　静岡県 |
| 担当者 | 所属･氏名 |  |
| 連絡先 |  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| E-mail | ※パソコンからのメールを受信できるアドレスを記載してください。 |
| 設立年月日 |  |
| 業　　　種 |  |
| 主な事業内容 |  |
| 従業員数 | 人　（うち正社員　　　　　 　人） |
| コンソーシアム構成員(代表機関を除く)※記入欄が不足する場合は別紙を添付すること | 企業・団体名 | 所　在　地 | ※協議会 |
|  |  | 会員・非会員 |
|  |  | 会員・非会員 |
|  |  | 会員・非会員 |

※静岡県ヘルスケア産業振興協議会の「会員」「非会員」のうち、該当する方に○を付けてください。

４　誓約事項

・ 本事業委託の企画提案募集要項の「４　応募の制限」に該当していない。

・ 提案事業は、本委託事業期間内に、国や県等が有する他の制度（補助金、委託費等）により重複して助成対象とされる事業でない。