

(様式1)

I o T診断申請書

平成 年 月 日

秋田県産業労働部デジタルイノベーション戦略室長 宛

郵便番号
所在地
会社名
代表者職氏名

印

平成 年度 I o T診断事業について、I o T診断チームの派遣を受けたいので、I o T診断実施要領第3条に基づき申請書を提出します。

1 中小企業者等の概要

業 種		資 本 金	
従 業 員 数		創 業 年	
事 業 内 容	(主な取扱製品・商品・サービスなど)		
U R L			

2 連絡担当者

部署及び職名		氏 名	
電 話		F A X	
E-mail			

3 抱えている課題（可能であれば、どの製造工程でどのような課題であるのかなど具体的に御記入ください。）

--

4 課題に対する貴社の対応状況

--

5 I o T導入について、現在お考えのI o T導入プラン等があれば、御記入ください。

--

6 希望する時期及び日数（可能な範囲で御記入ください。）

希望する時期	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
--------	---------------------