

平成 年 月 日

株式会社ソアラサービス宛

コワーキング型創業支援制度「FLY HIGH!」応募用紙

本支援事業の適用を受けたいので、必要書類を添えて申請いたします。

【添付書類】 個人事業者：開業届の写し、住民票（本人のみ）の写し 各1通
個人の場合：住民票（本人のみ）の写し 1通

<申請者> 住 所 〒

フリガナ

氏 名

印

創業を目指す 事業の内容 ※簡潔に (詳細資料等別紙 添付可)	
事業開始予定	年 月頃より ・ <input type="checkbox"/> 未定
事業開始 予定場所	〒 <input type="checkbox"/> 未定
創業後の形態	<input type="checkbox"/> 法人化（株式会社・ 資本金（ 円）うち自己資金（ 円） 従業員予定数（ 人） <input type="checkbox"/> 個人事業開業 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 未定
コワーキングス ペースの利用予定	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週（ ）日程度 <input type="checkbox"/> 月（ ）日程度 <input type="checkbox"/> ほとんど利用できない <input type="checkbox"/> その他（
今回の募集をどこ で知りましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページ（ソアラ・ <input type="checkbox"/> メール（ソアラ・ <input type="checkbox"/> ポスター・フライヤ <input type="checkbox"/> セミナー <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ご紹介（紹介者： 様）

※（事務局使用欄）

別紙 1

申請者について

ふりがな 氏名		性別	女・男	昭和・平成・() 年 月 日生 (満 歳)
住所	〒 ー			
	電話番号		FAX	
	E-Mail			
日中に連絡が 取れる連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 連絡先 ()			
現在の職業等	<input type="checkbox"/> 会社員(社名・部署・役職:) <input type="checkbox"/> パートタイマー・アルバイト等(勤務先名称:) <input type="checkbox"/> 学生(学校・学部・専攻:)年生 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 個人開業 事業内容:			
主な経歴や 職歴	年 月～			
	年 月			
	年 月～			
	年 月			
他の制度利用	国や地方自治体などの補助金・助成金の利用状況 <input type="checkbox"/> 受けいる、受けたことがある 名称・金額等:			
	<input type="checkbox"/> 申請予定または申請を検討中 名称・金額等:			
	<input type="checkbox"/> 無し <small>※国(独立行政法人等含む)及び地方自治体の他の補助金・助成制度を利用されているかたでも 本事業の利用は原則として可能です。 ただし、本事業において無料で利用できる費目(例:事務所賃料等)は、他の補助金・助成制度 の対象経費にはなりません。</small>			