**五反田バレースタートアップアクセラレーションプログラム申込書**

**事　業　計　画　書**

Ⅰ．企業概要あるいは創業予定者の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 創業（予定）日  （西暦） | | 年 月 日 | | 創業  形態 | | | □法人(出資金等 千円)  □個人事業主 | | | |
| 氏名又は  代表者名 | （フリガナ） | | 生年月日  （西暦） | | | 年 　月 　日 | | | 性別 | 男・女 |
|  | |
| 法人名・屋号 | （フリガナ） | | | | | | | （予定）  従業員数 | | 名 |
|  | | | | | | |
| 事業タイトル |  | | | | | | | | | |
| 事業所 所在地  （法人：本店、個人：納税地） | ※起業前の場合は現住所を記載ください。  〒 | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | FAX： | | | | | |
| E-Mail： | | | | | | | | | |
| URL： | | | | | | | | | |
| 品川区内の拠点所在地  （上記の事業所が品川区外の方） | ※拠点がない場合は空欄で構いません  〒 | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | FAX： | | | | | |
| 連絡先  上記事業所等と異なる  場合は記入してください。 | 〒 | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | |
| E-Mail： | | | | | | | | | |

※各記入枠は、必要に応じて拡大縮小して下さい。

Ⅱ．事業内容について

|  |
| --- |
| １．事業・サービス概要 |
|  |

|  |
| --- |
| ２．事業プランの新規性 |
|  |

|  |
| --- |
| ３．プランの市場性 |
|  |

|  |
| --- |
| ４．今後の成長性 |
|  |

|  |
| --- |
| ５．課題の明確性 |
|  |

|  |
| --- |
| ６.本プログラム受講の動機 |
|  |

|  |
| --- |
| ７.外部パートナーとのアライアンスに向けた計画性 |
|  |

|  |
| --- |
| 8．主要メンバーの略歴 |
|  |

（その他）

１）プログラムへのリクエストがあればご記載ください（審査には影響ありません）

|  |
| --- |
|  |

２）会社概要が分かる資料（パンフレット等）のデータ（画像あるいはPDF）を添付してください。

以上