様式第１号（別紙４）

愛媛県事業承継支援事業に係る証明書

支援の種別

□　親族・従業員等への事業承継

□　Ｍ＆Ａ

下記の事業者は、当機関の支援を受け、上記の事業承継に取り組む者であることを証明します。

記

住　　所

名　　称

代表者職氏名

令和　　年　　月　　日

支援機関名

責任者職氏名

【支援機関における本件担当者の職氏名・連絡先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 | 職： | 氏名： | 連絡先： |