（様式２）

年　　月　　日

大阪起業家グローイングアップ事務局　御中

推薦機関名：

住　所：

　　　　所属部署：

　（担当者名：　　　　　　　　　　）

（連絡先TEL：　　　　　　　　　　　）

結果連絡先メールアドレス：

創業支援事業（大阪起業家グローイングアップ）ビジネスプランの推薦について

別添ビジネスプランは、「創業支援事業（大阪起業家グローイングアップ）実施要領に基づく応募資格を満たしており、優秀と考えますので、推薦します。

推薦企業名：

【推薦理由】

【確認欄】該当する項目にレ印をしてください。

応募資格（１）





応募資格（２）



　　 開催年月日：　　年　　月　　日

　　 コンテストの名称：

　　 応募総数：　　　　　件

　　 当該ビジネスプランが獲得した賞の名称：



開催年月日：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

　　　セミナーの名称：

　　　受講者数：

　

　　　　　入居期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

　　　　　入居者数：



 支援時期：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

　　　　支援内容：

　　　　対象者数：



開催年月日：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

　 講義等の名称：

　　 受講者数：



支援年月日：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

　 支援内容：