

年 月 日

推進保証（A 推進）に関する説明書

愛知県信用保証協会 御中

金融機関本・支店名_____

申 込 人	
<p>以下の要件をすべて満たす会社又は医療法人</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 設立後 3 年以上同一事業を継続していること。<input type="checkbox"/> 取扱金融機関のプロパー融資残高がある又は本業（企業価値の向上）支援やソリューション提案などの経営支援を実施していること。 【具体的な経営支援の内容（プロパー融資残高がない場合に記載してください。）】 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; margin: 10px auto; height: 100px;"></div><input type="checkbox"/> 債務超過ではないこと。	

【注】該当する□に✓印を付けてください。

(H30. 4)