

年 月 日

認定支援税理士連携推進保証（T連携）に係る推薦書

御中

(※取扱金融機関名をご記入ください)

愛知県信用保証協会 御中

私（当法人）は次の顧問先に関し、資格要件を具備していることを確認するとともに、「認定支援税理士連携推進保証」の利用について推薦いたします。

なお、記載した内容について、中小企業庁、金融庁、信用保証協会、全国信用保証協会連合会、日本政策金融公庫（信用保険部門）に提供されることにつき同意いたします。

顧 問 先 (申 込 人)	
資格要件（以下の要件を全て満たすこと）	
<input type="checkbox"/> 設立後3年以上同一事業を継続している。	
<input type="checkbox"/> 直近決算において債務超過でない。	
<input type="checkbox"/> 私（当法人）と顧問契約を締結後1年以上経過している。	
<input type="checkbox"/> 私（当法人）は次のとおり月次管理を行っている。	
（ ）	
※月次管理の内容について具体的に記載してください。	

【注】該当する□に✓印を付けてください。

推薦人

認定経営革新等 支援機関名	住所		
	氏名	印	
電話番号	担当者名	() -	
認定支援機関 ID			
税理士登録番号 (法人の場合、法人の番号)		登録番号	第 号