附件8：

山西省小微企业创业创新示范基地

推荐表

 申请单位名称：

 所 在 市：

 填 报 日 期： 年 月 日

推荐单位组织测评情况（随机抽取，不少于10家）

|  |  |
| --- | --- |
| 测评方法 | □上门拜访 □电话询问 □网络互动 □书面征求 □其他 |
| 抽样企业名称 | 被访人员姓名 | 职务 | 联系电话 | 接受服务内容 | 所接受服务是否符合企业需求 | 对所受服务的总体评价 |
| 很符合 | 一般 | 不符合 | 很满意 | 基本满意 | 不满意 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 企业对小微企业双创示范基地的具体评价及意见 |  |

|  |
| --- |
| **专家组评审意见** |
|  |
| 专家姓名 | 职务/职称 | 工作单位 | 签字 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 市级中小企业管理部门（省直单位）推荐意见： （盖章） 年 月 日 |