附件3

承德高新区创新创业导师指导服务申请登记表

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名（企业名称） |  | 身份证号 | （企业不填） |
| 办公电话 |  | 联系电话 |  |
| 创业（企业）地址 |  | | |
| 需求服务内容 |  | | |
| 以下由工作人员填写 | | | |
| 服务导师 |  | 反馈信息 | □是 □否 |
| 服务时间 | 自 年 月 日起至 年 月 日止 | | |
| 服务内容 |  | | |
| 备注 |  | | |