附件1：

**科技型中小企业创新能力提升**

**专题讲座报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法人代表 |  | 邮 编 |  |
| 联系人 |  | 部门及职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| **参 会 回 执** |
| 序号 | 姓 名 | 性 别 | 部门及职务 | 联系电话 | 是否安排食宿 |
| 1 |  |  |  |  | □食 □宿 |
| 2 |  |  |  |  | □食 □宿 |
| 科技型中小企业评价通过时间 年 ；或拟申报评价时间 年。  |
| 备注（可另附页）：1. 科技型中小企业评价申请或政策落地实施方面存在的问题和建议：
2. 本企业创新能力提升的主要问题和瓶颈：
 |

注：请各单位于2018年7月10日前将附件1、2反馈至指定邮箱，邮件名称请注明“科技型中小企业创新方法培训回执+单位简称”。