附件3

技术经理人服务反馈表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **技术经理人姓名** |  | |
| **技术经理人单位** |  | |
| **被服务企业名称** |  | |
| **服务次数** |  | |
| **解决技术难题** |  | |
| **达成合作协议（意向）** |  | |
| **技术经理人（签字）：**  **日期： 年 月 日** | | **企业代表（签字）：**  **（企业公章）**  **日期： 年 月 日** |

注：本表作为评估依据，请各技术经理人于2025年10月15日前将本表报送至市科协联系人。