様式第１９〔申込者→中小機構〕

　 　年 月　　日

独立行政法人中小企業基盤整備機構

高度化事業部長　あて

機関名 ：

記入者名：

**中心市街地・商店街等診断・サポート事業（パッケージ型支援）に係るアンケート**

事業開始月：　　年　　月～

１．実施された診断・サポート事業（パッケージ型支援）について各項目で該当するものに「✓」をつけて下さい。また、その理由についてご記入下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）申込み内容との適合性 | 満足　　やや満足　　やや不満  不満 | |
| （理由） | | |
| （２）支援内容 | 満足　　やや満足　　やや不満  不満 | |
| （理由） | | |
| （３）役立ち度 | | 役に立った　　　　　やや役に立った  あまり役に立たなかった  役に立たなかった |
| （理由） | | |

２．申請時に（様式２）で記載された「将来期待される成果」の達成度について伺います。該当するものに「✓」をつけてください。また、理由等についてお聞かせください。

|  |  |
| --- | --- |
| （１）達成状況 | １．達成できた　　　　 ２．ほぼ達成できた  ３．ある程度達成できた ４．達成できなかった  ５．まだ成果目標の達成度を測る段階にきていない |
| （理由） | |
| （２）(1)で２、３、４又は５に「✓」をされた方に伺います。今後の成果目標の達成見込みはどのようですか。 | |
| 1. 年　　月頃に達成見込み 2. 年　　月頃には一部達成見込み 3. 達成は難しい | |
| （３）成果目標は今後どうされますか？ | |
| （例）新たな成果目標を設定する  　　　現在の成果目標を継続する | |

３．その他診断・サポート事業（パッケージ型支援）に対するご意見、ご要望について自由に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

ご協力ありがとうございました。指定のアドレスへご提出ください。