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。