## 评审-1：创业辅导申请表

【此表由申请人填写】

|  |
| --- |
| SYE地方创业办公室填写申请编号： 评审意见：  |
| 填表说明：1. 只申请导师辅导的创业青年，请填写此表；
2. 我们对填写内容将严格保密，请申请者如实填写；
3. 对于填写此表有任何疑问，请登录官方网站查询；
4. 对于多重选择，请在正确的答案框内打“√”；
5. 如果若干人合伙创业，则由核心申请人填写，随附合伙人情况及股份比例；
6. 请将填写后的申请表通过网站提交，或下载此表，填写后传真、邮寄至本人所在地区的创业办公室（目前仅限所属城市有创业办公室的区域受理）；
7. 请获准通过的申请人继续填写《商业计划书》，创业办公室将派工作人员与你保持联系；
8. 该表中，联系人不能是申请者的直系亲属和合伙人，需要信誉度良好，并具有当地户籍。
9. 以下所需填写信息若没有，请在表格中填写“无”。
 |

粘贴申请

人近期免

冠一寸

照片

个人资料

姓 名：

性 别：

民 族：

出生年月： 电 话：

户籍所在地： 地 址：

身份证号： 邮政编码：

婚姻状况： 🞏 未 婚 🞏 已 婚 你如何得知我们的公益项目？

常住地址：

 有创业点子吗？🞏 有 🞏 无

家庭地址： 有创业项目吗？🞏 有 🞏 无

 如果有，请说明：

邮政编码： 拟创业项目的行业

家庭电话： 三年内，企业将提供的岗位数

手 机： 创办企业的市（州）

传 真： 项目启动所需资金

电子邮箱： 自有资金：

直系亲属姓名及关系： 筹借资金：

身份证号： 是否有过创业经历🞏 是🞏 否

机会平等

我们实行机会平等的政策，为了这一政策的有效性，我们要求所有申请人如实填写以下内容。你所提供的信息不会影响你的申请审核。

残障 🞎 是 🞎 否

（注：残障还包括“隐形残障”，比如哮喘、癫痫以及精神病等）

犯罪记录 🞎 有 🞎 无

目前工作状态

🞏 全 职，单位及职务：

🞏 兼 职，单位及职务：

🞏 无工作，时间 个月，原因

工作经历（最近两份主要工作）

工作单位 工作单位

工作职务 工作职务

工作年限 工作年限

教育背景

最高学历

学校和专业

其他资格认证 🞎 有 🞎 无

如果有，请列出证书及级别：

是否接受过与创业相关的培训或咨询 🞎 是 🞎 否

如果是，请说明何时何地接受过何种培训或咨询：

创业项目（点子）

项目（企业）名称：

有关项目的简述：

创业形式 🞎 个体经营 🞎 合伙经营

是否需要或已经有经营场地 🞎 是 🞎 否

如果是，请给出地址及面积

请简要阐述对创业的理解：

联系人

请提供两名联系人（注意：他们不能是你的直系亲属，也不能是合伙人，必须拥有申请人创业所在地的户籍），我们可能会向他们了解你的情况。他们认识你至少应有两年的时间。例如，过去的雇主。

姓 名： 姓 名：

单位职务： 单位职务：

身份证号： 身份证号： 联系电话： 联系电话： 地 址： 地 址：

邮政编码： 邮政编码：

|  |
| --- |
| 我声明，该申请表中提供的信息是准确的，因信息不实所造成的后果，本人承担一切责任。为了进行信用评估，评审专家组可以提出必要的询问。签名： 日期：  |

谢谢完成申请书！