附件 3

湖南儿科医联体多中心研究合作意向书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人及依托单位信息 | 项目负责人 |  | 职称/职务 |  |
| 学历或学位 |  | 手机号码 |  |
| 所在单位 |  | 单位性质 | □三级医院 □ 二级医院 □其他 |
| 联系地址 |  | | |
| 近三年研究成果 |  | | |
| 拟合作的临床医学研究中心 | |  | | |
| 依托单位是否给予经费配套 | | □是： 万元 □否 | | |
| 研究基础及开展思路（可另附页） | | | | |
|  | | | | |
| 项目负责人签字  年 月 日 | | | | |
| 依托单位（盖章）    年 月 日 | | | | |