附件 2

湖南儿科医联体科研课题验收/终止申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目信息 | 项目名称： |
| 立项年度 |  | 项目负责人 |  |
| 研究开始时间 |  | 研究截止时间 |  |
| 依托单位信息 | 单位名称 |  | 联 系 人 |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系地址 |  |
| 申请类别 | □验收结题 □ 课题终止 |
| 成果产出 | 发表论文 篇；人才培养或其他相关成果（根据实际情况填报） |
| 研究总结（请简要陈述，并将相关证明材料附后作为附件） |
|  |
|  项目负责人签字 年 月 日 |
| 依托单位（盖章）  年 月 日 |