江苏省预防医学及血地寄防科研课题申报登记、审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 承担单位 |  | | | | | 学 科 分 类 | |  | | | | | |
| 协作单位 |  | | | | | 研究起止时间 | |  | | | | | |
| 课题负责人概况 | 姓 名 | |  | 出生  年月 |  | 学 位 |  | | | 职 称 | |  | |
| 课题组成员 |  | | | | | | | | 申请经费  （万元） | | |  | |
| 类别 | | 审查意见 | | | | | | | | | 是 | | 否 |
| 申报单位 | | 1、资料是否完整齐全、真实 | | | | | | | | |  | |  |
| 2、有无末能按计划实施等不良信用记录 | | | | | | | | |  | |  |
| 3、项目主要内容有无重复申报省及其他科技计划项目 | | | | | | | | |  | |  |
| 4、项目负责人有无在研省预防医学科研项目 | | | | | | | | |  | |  |
| 5、自筹资金是否符合管理办法的要求 | | | | | | | | |  | |  |
| 主管部门 | | 1、项目有无配套资金 | | | | | | | | |  | |  |
| 2、项目配套资金占申请拨款的比例是否符合申报通知的要求 | | | | | | | | |  | |  |
| 审查人签字： 主管部门负责人签字：  年 月 日（盖章） | | | | | | | | | | | | | |

备注：课题组成员填写前3名。