附件1：

**河南省医学教育研究项目**

立 项 申 请 书(A表)

申请立项名称：

项 目 主 持 人：

主持人所在单位：

联 系 电 话：

填 报 日 期：

河 南 省 卫 生 计 生 委 制

二零一八年四月

|  |
| --- |
| 一、申请人信息 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 职 称 |  | 主持人所在单位 |  |
| 职 务 |  | 学历 |  | 从事专业 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 二、项目组主要成员情况及签名 |
| 姓 名 | 职称 | 年龄 | 正在从事的工作 | 所在单位 | 分工情况 | 签 名 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 三、项目承诺书 |
| 本人保证项目申请书填报内容真实，不存在任何知识产权问题。若获准立项，本人将严格按照本表填写内容，按时完成研究计划，按要求及时报送结项等相关材料。遵守省教育厅有关职业教育教学改革项目管理的各项规定，如有违反，本人将承担相关责任。申请人 ：年 月 日  |
| 四、申请人所在单位审核意见 |
| 经审核，申请书内容属实，同意上报。若获准立项，学校（单位）保证为本课题的研究提供必要的条件，并严格按照省卫生计生委关于医学教育研究项目管理的各项规定对项目的实施进行管理。  盖章： 负责人签字：  年 月 日   |
|  五、专家组评审意见 |
| 　专家组组长（签字）：年 月 日 |
| 六、省卫生计生委审核意见 |
| 盖章：  年 月 日 |