附件5

2020年江苏省干部保健科研项目登记、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 |  | 职务 职称 |  |
| 课题组成员 |  | | | | | 申请经费 （万元） |  | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 部门类别 | 审 查 意 见 | | | | | | 是 | 否 |
| 申报单位 | 1、资料是否完整齐全、真实 | | | | | |  |  |
| 2、有无未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、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 | | | | | |  |  |
| 3、查新机构名称 | | | | | |  |  |

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