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