附件3

河北省中医药管理局中医药类科技计划

验收函审表

项目编号：

项目名称:

承担单位: （盖章）

协作单位：

项目主管单位:河北省中医药管理局 （盖章）

送审日期:

河北省中医药管理局

二○一九制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 函审专家姓名 | |  | 出生年月 | |  | | 技术职务 |  |
| 文化程度（学位） | |  | 所学专业 | |  | | 现从事专业 |  |
| 专家所在单位 | 单位名称 | （盖章） | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | 联系电话 | | 1. 2. | | |
| 通信地址 |  | | | | | | |
| **项目内容简介** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 项 目 内 容 简 介（续） |
|  |

|  |
| --- |
| 技术资料目录 |
|  |

|  |
| --- |
| 函审意见 |
| 函审专家签字：  （单位盖章）  年 月 日  函审专家签字：    （单位盖章）  年 月 日 |