附件3：

滨州医学院产学合作协同育人项目

立项审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | |  | | | |
| 项目负责人 | | |  | 联系电话 | |  |
| 合作企业名称 | | |  | 项目类型 | |  |
| 资助经费（万元） | | |  | 项目周期 | |  |
| 是否已经和合作企业确认立项后及时下拨经费或提供软硬件资源 | | | | | |  |
| **项目主要解决的问题及预期成果** | | | | | | |
| 申请人： 日期： | | | | | | |
| **专家组意见** | | | | | | |
| 经专家组团队审查，该项目团队成员忠诚党的教育事业、爱岗敬业、严谨治学、为人师表，拥护中国共产党的领导，该项目内容政治导向正确，坚持中国特色社会主义政治方向和价值取向，无危害国家安全的内容，无不正当言论。  项目工作量饱满，预期成果可量化，通过项目建设可提升学院专业、课程建设水平，有助于学院长期的发展建设，申报书内容无错别字、格式规范。  经审查，符合2023年教育部产学合作协同育人项目的申报条件，同意推荐。 | | | | | | |
| **专家组成员** | | | | | | |
| 姓名 | 职称 | 单位 | | | 专家签名 | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
| **部门、院（系）意见** | | | | | | |
| 部门、院(系)（盖章）：  主要负责人签名：  日期： | | | | | | |

此表请双面打印