附件5：

滨州医学院产学合作协同育人项目

结项审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | |  | | | |
| 立项编号 | | |  | | | |
| 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） | | |  | 计划结题时间 | |  |
| 合作企业是否经费或是否提供软硬件资源 | | | | | |  |
| **专家组审查意见** | | | | | | |
| 经专家组团队审查，该项目结题报告完整、项目成果与预期成果一致，实际支持资金和软硬件支持都已到位，结题材料无错别字、格式规范。  经审查，符合教育部产学合作协同育人项目的结项条件，同意结项。 | | | | | | |
| **专家组人员** | | | | | | |
| 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