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