|  |
| --- |
| 附件贵州省人口健康基金会基层医学科研公益项目申请表 |
| 填报单位（加盖公章）： 填报日期： 年 月 日 |
| **序号** | **立项批准文件名称** | **申请资助项目名称** | **申请资金（万元）** | **项目负责人** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |
| **开户名称：开户账号：开户行：** | **单位联系人：联系电话：** |
|
|
| 注：申报单位将申请资助项目《项目合同书》、立项通知、医疗机构执业许可证等相关证明材料复印件（加盖公章）一式两份、贵州省行政事业单位资金往来结算票据等资料随此表报送至省人口健康基金会。 |