**附件8:**

皖北卫生职业学院部门创新提升项目

申请书

项目名称：

负 责 人：

所在部门：

联系电话：

申请日期：

**皖北卫生职业学院“双创、诊改创新提升”领导小组制**

**项目负责人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | |
| 项目  负责人 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 行政职务 |  | 专业技术职务 |  | 工作领域 |  |
| 主要工作简历及成果 |  | | | | |

**项目参与人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目组主要成员情况 | 姓 名 | 年龄 | 专业技术职务 | 行政职务 | 工作单位 | 主要教育研究 领域 | 承担工作 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 一．创新提升项目立项依据及目标（创新提升要解决的问题、预期目标与具体成果） |
| 二．创新提升项目具体工作安排及进度 |
| 三．经费概算（资金运用预算）：  3. |
| 四、“双创、诊改创新提升”领导小组办公室意见  （盖 章） 主任签字：  年 月 日 |
| 五．学术委员会意见  （盖 章） 主任签字：  年 月 日 |
| 六．学院意见  单位（盖章） 负责人（签章）  年 月 日 |