附件2

2025年南京市临床基础研究项目推荐表

项目主管部门（盖章）： 年 月 日

（项目主管部门）联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目类别**  **（重点/一般）** | **项目名称** | **申报单位** | **项目**  **负责人** | **材料是否完整、规范，签字盖章是否齐全** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

备注：请项目主管部门区分重点和一般项目并排序推荐。