附件3

批准立项编号：

滨州医学院研究生导师

指导能力提升项目申请书

项目名称：

申请单位：

项目负责人：

联系电话： E-mail:

填报日期： 年 月 日

滨州医学院制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 年 月 至 年 月 | | | | | | | | | | | | |
| 项目负责人 | 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 出 生年 月 | |  | | | | |
| 学 历 | |  | 学 位 |  | | | | | |
| 所在院系  （处室） | |  | | | | 职 务 |  | | | | 职 称 |  | |
| 从事专业 | |  | | | 教学  学科 |  | 教育研究方向 |  | | | | | |
| 项目组成员及分工 | 姓 名 | | 性 别 | 单 位 | | | 职 称  （职务） | 项 目 分 工 | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | | | | | |
| 本项目要解决的问题、研究意义及国内外同类研究状况： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本项目研究与实施内容、目标： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施条件： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实施方案及进度： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 预期成果、实践意义和应用价值： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经费预算 | | 项目总预算 万元 | | | | | | | | | | | | | |
| 预算项目 | | 用途 | | | | 数量 | 金额(万元) | | | | 用款时间 | | | 备 注 | |
|  | |  | | | |  |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | |  |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | |  |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | |  |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | |  |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | |  |  | | | |  | | |  | |
| 如需课程录制，请在下面填写课程录制经费预算 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 预算项目 | | 用途 | | | | 数量 | 金额(万元) | | | | 用款时间 | | | 备 注 | |
|  | |  | | | |  |  | | | |  | | |  | |
| 院系（处、室）对立项、经费预算、计划实施等方面的意见：    负责人（签字） 单位（公章）      年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校审批意见：    负责人（签字） 单位（公章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |