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 |