

深圳市医学研究专项资金项目申报同意函

（接收实验室所在单位）

适用范围：医学生培养类项目-本科生申请人

申请人姓名		学习阶段		
学籍所在单位			是否为 依托单位	
导师姓名（如有）		接收实验室 指导教师姓名		
接收实验室所在单位			是否为 依托单位	
项目名称				
接收实验室指导教师意见： 指导教师（签字）： 年 月 日				
接收实验室所在单位意见： 单位公章： 年 月 日				

注：1、签字需手签外，其余信息请使用印刷体打印。