附件3

中山大学同创智慧医疗交叉学科人才培养基金项目申报表（支持类）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **研究项目** | 项目名称 |   |
| 起止年月 |  年 月 至 年 月 |
| **申****请****者** | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 职务/专业 |  | 职称 |  | 职工号/学号 |  |
| 所在学院 |  | 身份类别 | □教 师 □本科生 □硕士生 □博士生 |
| 邮箱 |  | 手机号 |  |
| **共同申****请****者** | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 职务/专业 |  | 职称 |  | 职工号/学号 |  |
| 所在学院 |  | 身份类别 | □教 师 □本科生 □硕士生 □博士生 |
| 邮箱 |  | 手机号 |  |
| **项目组主要成员** | 姓 名 | 出生年月 | 职工号/学号 | 专业技术职务 | 所在学院和年级专业 | 项目分工 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **项目研究内容介绍** | 1. **研究背景和意义**

**二、研究内容和目标****三、预期产生研究成果** |
|  |  |
| **学院评审意见** |  |
| **基金会委员会评审意见** |  |
| **备注** |  |