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** |  | | | | | | | | | | | | | |