附件

天津市医疗保障局评估项目申请表

申报时间：2023年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 承接单位 |  |
| 项目负责人 |  | 联系电话 |  | 职称/职务 |  |
| 经办人 |  | 联系电话 |  | 职称/职务 |  |
| 单位地址 |  |
| **一、相关项目经历** |
| **二、评估步骤与方法** |
| **三、评估内容于标准** |
| **四、时间进度安排** |
| **五、预期项目成果** |
| 1. **经费预算**
 |
| 项目 | 预算说明 | 金额（元） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **七、项目团队已有的学术成果** |
| **八、项目组成员（包括项目负责人）** |
| 姓名 | 单位 | 职务/职称 | 承担任务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |