附件2

2024年度国家中医药管理局科技司-山东省卫生健康委共建项目申报汇总表

**设区市/省属单位（公章）： 填报日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 项目申报单位 | 第一申报人 | 手机号码 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位联系人：

联系电话（手机）：