附件6

山东省中医药重点实验室推荐申报汇总表

填报单位（盖章）：　　　　　联系人：　　　　联系电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申报单位 | 实验室名称 | 实验室主任 | 联系人 | 联系人手机 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |