附件2

**江苏省高等学校自然科学研究**

**项目验收申请**

学校名称：

科研管理部门联系人： 办公电话： 手机：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 |  | | | 项目类型（重大/面上自筹/面上资助） | | | | | | |  |
| 项目名称 |  | | | | | | | | | | |
| 项目负责人 |  | 办公电话 | | |  | | | 手机 |  | | |
| 依托重点实验室（面上项目不填此栏） | | | | |  | | | | | | |
| 项目起止时间 | 20 年 月至20 年 月 | | | | | | | | | | |
| 验收形式  （会议验收/通讯验收/结题） |  | | 计划验收时间 | | |  | 验收地点 | | |  | |
| 主要研究  内容与任务  完成情况 |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 合同指标 |  |
| 完成指标 |  |
| 所在高等学校意见  （公章）  年 月 日 | |
| 省教育厅意见（面上项目不填此栏）  （公章）  年 月 日 | |