附件3

2024年度山东省中医药科技项目申报汇总表

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |
|  |  | 山东第二医科大学 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位联系人：

联系电话（手机）：