附件6：

项目编号：

汕头市科技计划医疗卫生类别项目

结题验收书（自筹经费类）

项 目 名 称：

下达文件编号：

承 担 单 位：

验 收 形 式：

组织验收单位：

验 收 日 期：

汕头市科学技术局

二〇二〇年制

说 明

一、本验收表的各类信息必须如实填写，不得弄虚作假。

二、在验收时请同时提供汕头市科技计划项目任务书及验收所需的具体材料。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 任务书规定项目  起止时间 | |  | | | |
| 项目承担单位 | | | | | |
| 单位名称 | （盖章） | | | | |
| Email |  | | | 邮政编码 |  |
| 项目负责人 |  | | | 联系电话 |  |
| 通信地址 |  | | | | |
| 项目任务指标完成情况对比 | | | | | |
| 计划完成指标 | | | 实际完成情况 | | |
|  | | |  | | |

|  |
| --- |
| 本项目获得的成果 |
| （主要指专利、论文及专著、动植物新品种、人才培养、新产品开发、工艺技术突破、运行机制等情况） |
| 项目技术成果应用情况 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人签名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作分工 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作单位 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 文化程度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ­职务职称 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年龄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性别 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

项 目 主 要 参 加 人 员 名 单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **验收组成员** | | | |
| 姓 名 | 单 位 | 职务职称 | 签 名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **验收组意见** | | | |
| xxxx年xx月xx日，xxxxxx在xxxx组织了该项目的验收会。验收专家组听取了项目实施工作总结报告等，考察了现场，审阅了相关资料并进行了质询，经讨论形成验收意见如下：  一、提交的验收材料齐全，符合科技计划项目验收要求。  二、（项目组织实施和管理情况，需要特别说明的问题）。  三、（任务书指标完成情况，取得的重大突破和意义或重大问题请单独说明）。  验收结论：□通过 □不通过    验收专家组组长签字：  日期： | | | |

注：会议验收请使用此表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **验收组成员** | | |
| 姓 名 | 单 位 | 职务职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **验收组意见** | | |
| xxxx年xx月xx日，xxxxxx组织对该项目进行书面审核验收。验收专家组听取了项目实施工作总结报告等，审阅了相关资料并进行了质询，经综合专家组其他专家意见形成验收意见如下：  一、提交的验收材料齐全，符合科技计划项目验收要求。  二、（项目组织实施和管理情况，需要特别说明的问题）。  三、（任务书指标完成情况，取得的重大突破和意义或重大问题请单独说明）。  验收结论：□通过 □不通过    验收专家组组长签字：  日期： | | |

注：书面审核验收请使用此表

汕头市医疗卫生科技计划项目书面审核验收专家意见表（专家一）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目编号 | 项目名称 | 验收结论  (通过/不通过) | 简要说明  (验收结论为不通过的请简要说明理由) |
|  |  |  |  |  |

专家签名： 日期:

汕头市医疗卫生科技计划项目书面审核验收专家意见表（专家二）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目编号 | 项目名称 | 验收结论  (通过/不通过) | 简要说明  (验收结论为不通过的请简要说明理由) |
|  |  |  |  |  |

专家签名： 日期:

汕头市医疗卫生科技计划项目书面审核验收专家意见表（专家三）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目编号 | 项目名称 | 验收结论  (通过/不通过) | 简要说明  (验收结论为不通过的请简要说明理由) |
|  |  |  |  |  |

专家签名： 日期:

|  |
| --- |
| 承 担 单 位 意 见 |
| 负责人签字： （盖章） 日期： |
| 组 织 验 收 单 位 意 见 |
| （盖章） 日期： |
| 市 科 技 局 意 见 |
| （盖章） 日期： |