**安徽省转化医学研究院科研基金项目（2024年度）**

**中期检查表**

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | **项目编号** |  |
| **主持人姓名** |  | 立项时间 |  | 计划结题时间 |  |
| **研究进度**1、阶段性成果2、研究进度是否符合计划3、课题组参与成员有无变化4、存在的主要困难问题5、后期工作计划 |  |
| **项目经费情况** | 资助经费到账情况（万元）其中：1. 学校财务拨付：

2、直属附院拨付：（若有填写） | 已使用资助经费情况（万元）其中：1. 学校财务报销部分：

2、直属附院报销部分：(若有填写) |
| 省转化医学研究团队、学院、直属附院等有关单位审核意见及盖章 |  盖章 年 月 日 |
| 省转化医学研究院审核意见 |  盖章 年 月 日 |

注：研究进展部分若表格内篇幅不够，可另添附加页。