# 附件：

# 2024年省转化医学研究院科研项目申报指南

# 重点领域和方向建议征集表

# 单位/团队名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 申请人 |  | 姓名 | 所在单位/团队 | 联系电话 | E-mail |
| 主持人 |  |  |  |  |
| 合作者 |  |  |  |  |
| 研究领域及方向 |  |
| 主要研究内容（限200字以内） |  |
| 研究目标及预期成果 |  |
| 所在单位或团队意见 |  签章： 年 月 日 |