《华西第二医院教改项目、国家级继教项目情况报表》

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | |  | | 年度 |  |
| 教改项目情况 | | 项目名称 |  | | |
| 项目级别 |  | | |
| 项目负责人 |  | | |
| 国家级继教项目情况 | | 项目名称 |  | | |
| 项目编号 |  | | |
| 项目负责人 |  | | |
| * 立项 □ 举办 | | | |
| 申请人签字： | | | | | |
| 申请科室负责人（签字）： | | | | | |
| 二级学科意见 | 主任签字：  年 月 日 | | | | |
| 教务部审核 | 主任签字：  年 月 日 | | | | |
| 备注：  1、项目须以四川大学或华西临床医学院或华西第二医院为署名单位；  2、项目须是当年1月1日至12月31日内获得。  3、请附相应证明材料。 | | | | | |