附件2

吉林省药品临床综合评价中心

申报表（模板）

名 称

申报单位（盖章）

 负责人

 联 系 电 话

 填 报 时 间

吉 林 省 卫 生 健 康 委 制

2024 年 4 月

一、基本情况

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目申报单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 电子信箱 |  | 传真电话 |  |
| 法定代表人 |  | 法人代码 |  |
|  | 姓名 | 职务 | 办公电话 | 手机 |
| 项目负责人 |  |  |  |  |
| 联系人 |  |  |  |  |

二、项目负责人简介

|  |
| --- |
|   |

三、申报单位简介

|  |
| --- |
|   |

四、申报单位承诺

|  |
| --- |
| 我们确认项目申报内容的真实性，并愿意承担相应的责任。负责人签字： 申报单位公章 年 月 日 |