**附件1：**

2024年度中医药科技创新提质扩能计划项目申报汇总表

市级卫健（中医药）管理部门（盖章）：

项目申报单位（盖章）： 联系人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 平台/团队/中青年人才 | 项目名称 | 申报单位 | 负责人 | 联系方式 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**备注：**请地市管理部门按照优先级别顺序填报汇总表，电子版发送至szycyc1027@126.com。