附件3

**河北省医疗保障研究课题事项变更申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题名称 |  | | | 课题编号 |
|  |
| 课题负责人 |  | 课题承担单位 |  | |
| 原完成时间 |  | 原成果形式 |  | |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  | |
| 变更内容:  □改变课题名称 □改变成果形式 □研究内容有重大调整  □延期一年 □改变课题组成员 □其他 | | | | |
| 变更事由（需注明课题进展情况、阶段性成果）：  课题负责人（签字）：  年 月 日 | | | | |
| 课题负责人所在单位意见 | | | | |
| （签章）  年 月 日 | | | | |
| 河北省医疗保障局意见 | | | | |
| （签章）  年 月 日 | | | | |

注：本表一式二份