|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 年份： |
| 学院：  |

项目编号

**浙江中医药大学学生发展性资助项目**

**申 请 表**

**项目名称：**

**项目负责人：**

**申请人联系电话：**

**申请人电子邮箱：**

**浙江中医药大学学生处制表**

**填 报 说 明**

1、封面除“项目编号”外其他均需填写。

2、“项目名称”限25个汉字。

3、立项申请者应注明是否当学年“浙江中医药大学家庭经济困难学生”。

4、项目组须由学生选定或学院配备指导教师1名。

5、本项目申请表由立项负责人填写，经学院初评后报送学校资助工作办公室，学生处组织专家进行评审，确定立项数。

6、立项申请表要求逐项认真仔细填写，内容应言简意赅，思路清晰，论证充分，表述明确，字迹清楚。

7、申请书需用A4纸双面打印1份。

8、如填表有不明事宜，请与学生处学生资助工作办公室联系和咨询，联系电话：86633323。

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 　 |
| 项目类别 | □校级 □院级 | 结题形式 | □论文 □实践活动 □其他\_\_\_\_\_\_\_  |
| 起止时间 | 自 年 月至 年 月 | 预算经费 | 　 |
| 负责人 信息 | 姓 名 | 性别 | 学 院 | 专 业 | 联系电话 | 学号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 曾受资助 | □励志奖学金 □国家助学金 □社会/企业助学金 □其他  |
| （不超过四人） 项目组主要成员  | 姓 名 | 性别 | 学 号 | 专 业 | 所在学院 | 是否通过 贫困认定 | 承担任务 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 指导教师 | 姓 名 | 职 称 | 所在学院 | 研究方向 |
|  |  |  |  |
| 研究项目特色与创新点： |
|  |
|
| 主要研究内容、目标、方案和进度及拟解决的关键问题（可附页）： |
|  |
|
|
|
|
|
| 预期成果：　 |
| 　 |
| 经费预算及用途（单位：元）： |
| 　 |
|  |
|  |
| 　 |
| 指导教师意见： |
| 　 |
|  |
| 　 |
|  签名： 单位： 日期： |
| 学院意见： |
|  |
|  |
|  签名（盖章）： 日期： |
| 学生处意见（校级项目）： |
| 　 |
|  |
|  |
|  签名（盖章）： 日期： |

 2016年4月修订