**附件4**

**2025年度省中医药科技发展计划项目申报汇总表**

单位(盖章): 填表人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **申请人** | **申请人所在单位** | **所属学科** | **项目类别** | **研究类型** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(备注：此汇总表由各设区市卫生健康委和直报单位填写。)