|  |
| --- |
| 项目批准号 |
|  |

附件3：

**临床医学“5+3”一体化专业（含儿科学方向）“早期接触科研”训练计划项目**

**结 题 报 告**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： |   |
| 申 请 人： | 姓名 年级 学号  |
| 联系电话： |   |
| Email： |   |
| 指导教师： | 姓名 □基础导师 □临床导师学院 职称 联系电话  |
| 姓名 □基础导师 □临床导师学院 职称 联系电话  |
| 立项日期： |  年 月 日  |
| 结题日期： |  年 月 日  |

**安徽医科大学教务处**

填 表 说 明

一、结题报告各项内容要实事求是，逐条认真填写；表达要明确、严谨。外来语要同时用原文和中文表达；第一次出现的缩写词，须注出全称。

二、结题报告统一使用A4纸打印并于左侧装订成册，由指导教师和其所在学院审查并签署意见后报送原件一份至教务处长学制办公室。

三、如表格不够，可加附页。

一、简表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目中文名称 |  |
| 项目英文名称 |  |
| 项目负责人 | 姓名 |  | 性别 |  | 学号 |   |
| 学院 |  | 联系方式 |  |
| 指导教师1 | 姓名 |  | 院系 |  |
| 联系方式 |  | □基础导师 □临床导师 |
| 指导教师2（如只有一名指导教师，此栏不填） | 姓名 |  | 院系 |  |
| 联系方式 |  | □基础导师 □临床导师 |
| 项目起止年月： 年 月 至 年 月 |
| 主要参加人员 | 姓名 | 年级 | 学号 | 联系方式 |  签名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **项目简介**（研究目的、内容、价值与结果等） |
| 二、项目研究的内容与方法 |
| 三、项目研究过程与资料查阅情况 |

|  |
| --- |
| 四、项目成果完成形式和价值 |
| 五、经费使用情况 |
| 六、申请人对该项目研究工作完成后的认识总结签字：  年 月 日 |
|  八、指导教师对项目完成情况意见    | 指导教师1：签字： 年 月 日 |
| 指导教师2（如只有一名指导教师，此栏不填）：签字： 年 月 日 |
| 九、项目所在学院专家评审意见 | 指导教师1所在学院：负责人（签字） 盖章  年 月 日 |
| 指导教师2所在学院（如只有一名指导教师，此栏不填）：负责人（签字） 盖章  年 月 日 |
| 十、评审组专家审核意见（此栏由校教务处组织专家评审后填写） 评审专家签字：   年 月 日 |