

附件

沈阳市医疗保障局委托研究课题申报表

申报时间:2024 年__月__日

课 题 名 称					
承 担 单 位					
课题负责人		联系电话		职 称 / 职 务	
经 办 人		联系电话		职 称 / 职 务	
单 位 地 址					
一、研究的主要内容和方法					

二、预期成果

三、经费预算

项 目	预算说明	金 额（元）

四、研究团队已有的学术成果

五、课题组成员（包括课题负责人）

[illegible]