**HLMF**

**北京惠兰医学基金会**

**医学科研经费申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | | | | |
| **申请单位** |  | | | | |
| **单位负责人** |  | **办公室电话** |  | **手机** |  |
| **项目负责人** |  | **办公室电话** |  | **手机** |  |
| **参加科研人员** |  | | | | |
| **申请经费金额** |  | **用款时间** | **年 月 日** | | |
| **资金来源** |  | | | | |
| **项目活动时间** | **年 月 日 ------ 年 月 日** | | | | |
| **科研项目的前瞻性及经济社会效果评价：** | | | | | |
| **公益部审批意见：**  **公益部长签字： 年 月 日** | | | | | |
| **秘书长审批意见：**  **秘书长签字： 年 月 日** | | | | | |
| **理事长审批意见**  **理事长签字： 年 月 日** | | | | | |