附件

“里程碑”考核申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 |  | 保密级别 | □公开 □秘密 □机密 □绝密 |
| 项目名称 |  |
| 牵头承担单位 |  |
| 项目负责人 | 姓名 |  | 学历 |  | 职称 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | E-mail |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 项目主要参加单位 |
| 1、 |
| 2、 |
| 项目起止日期 | 20\*\*-\*\*-\*\* 到 20\*\*-\*\*-\*\* | “里程碑”节点起止日期 | 2024-1-1 到 2024-12-31 |
| 项目经费情况 | 总经费： 万元；其中，省财政拨款： 万元。 |
| “里程碑”目标任务完成情况 | 200字以内 |
| 项目牵头单位意见项目负责人签字 : 单位盖章 :年 月 日 年 月 日 |
| 项目归口管理部门意见负责人签字（单位盖章） :年 月 日 |