\*\*\*\*医院关于推荐\*\*\*\*\*\*的函（样稿）

市科技局：

根据《关于组织申报2024年度临床医学科技创新计划项目的通知》和《济南市临床医学科技创新计划项目管理办法（试行）》要求，经过\*\*\*\*\*\*研究，推荐\*\*\*\*等\*\*项目申报2024年度临床医学科技创新计划项目，我院将加强对所有立项项目的实施管理，并保证为立项项目提供必要的经费保障，保质保量完成各项任务指标。

单位负责人（签字）：

单位公章

年 月 日

\*\*\*\*医院推荐2024年度临床医学科技创新计划项目统计表

（推荐单位盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 项目  负责人 | 社会效益 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |