附件

2025年南京市创新药品临床研发资助项目推荐表

项目主管部门（盖章）： 年 月 日

（项目主管部门）联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **申报单位** | **项目负责人** | **材料是否完整、规范，签字盖章是否齐全** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：纸质盖章件（一份）报送至市政务服务中心科技局窗口