|  |  |
| --- | --- |
| 申报项目名称 |  |
| 申报人 |  | 职称 |  |
| 第一推荐人姓名 | 专业技术职务 | 现从事专业 | 所在单位 |
|  |  |  |  |
| 推荐意见：推荐人签章： |
| 第二推荐人姓名 | 专业技术职务 | 现从事专业 | 所在单位 |
|  |  |  |  |
| 推荐意见： 推荐人签章： |

附件9

内蒙古医学科学院公立医院科研联合基金项目

专家推荐意见表