附件3

**医疗质量循证管理研究项目**

**结 题 申 请 书**

项目编号：

项目名称：

起止年月：

申请单位：　　　　　　　　　　　（盖章）

联系人及电话：

国家卫生健康委医院管理研究所

2023年制

|  |
| --- |
| 1. 项目简介： |
| 二、对项目已完成的工作进行概述： |
| 三、项目未完成理由陈述： | |
| 四、项目组织管理及经费配套、使用情况： | |
| 五、提供结题的工作总结（技术资料）目录： | |
| 六、工作总结（技术资料）归档情况：（承担单位技术档案管理部门填写盖章） | |

七、资金使用情况：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科目名称 | 申请经费 | 已使用经费 | 自筹经费 | 已使用经费 |
|  | | 金额（元） | | | |
| 1 | 资料费 |  |  |  |  |
| 2 | 数据采集费 |  |  |  |  |
| 3 | 会议费/差旅费/国际合作与交流费 |  |  |  |  |
| 4 | 设备费 |  |  |  |  |
| 5 | 专家咨询费 |  |  |  |  |
| 6 | 劳务费 |  |  |  |  |
| 7 | 印刷出版费 |  |  |  |  |
| 8 | 其他支出 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合计 | |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 八、承担部门审查意见：      拟督促向医院研究所申请经费尚余部分，返回医院研究所。    部门负责人签字：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日 |
| 九、医院主管部门审核意见：  同意结题，向医院研究所申请经费尚余 元，将返还医院研究所。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　单位（盖章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日 |
| 十、医院研究所意见：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　单位（盖章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日 |

**承 诺 书**

本单位（或个人）承诺 ：

1、本结题申请书中所填写的各栏目内容真实、准确。

2、提供结题的技术文件和资料真实、可靠。

3、若发生与上述承诺相违背的事实，由本单位（或个人）承担全部法律责任。

完成单位（盖章）

项目负责人签字：

年 月 日