附件4

丽水学院临床医学教育教学改革研究专项课题

延期申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 |  | 项目名称 |  | | |
| 起止时间 |  | | | | |
| 负 责 人 |  | 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 课题完成情况：（含课题进展情况、课题成果等） | | | | | |
| 课题延期理由及预计完成时间：  课题负责人（签字）：  时间： 年 月 日 | | | | | |
| 所在单位教学委员会审核意见：  组长/主任（签字）： 单位盖章：  时间： 年 月 日 | | | | | |