**蚌埠医学院科研项目中止申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 课题名称 |  | | |
| 课题编号 |  | 计划完成时间 |  |
| 项目经费（万元） |  | 支出经费（万元） |  |
| 课题中止原因：  项目负责人签字：  年 月 日 | | | |
| 项目负责人同意：  **本课题中止申请获批后，本人同意学校根据有关规定，取消本人三年内申报任何类别科研课题资格，收回课题结余经费和所有绩效奖励**。  项目负责人签字：  年 月 日 | | | |
| 所在学院（系、部）审核意见：  （公章）  年 月 日 | | | |
| 校科研处审核意见：  （公章）  年 月 日 | | | |