附件2：

2019年新乡医学院三全学院大学生创新创业训练项目申报汇总表

学院或书院（盖章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **项目负责人** | **项目参加人员** | **指导教师** | **职称** | **学位** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

联系人： 手机：

备注：1、项目根据质量排序填报；

2、项目人员如以团队申报，团队人数不超过5人；

3、请务必详细填写联系人及其联系方式

4、2018年“大创”项目未结题的人员不能参加本次项目申报。