附件2

国家中医药国际合作专项项目省级验收结论书

项目编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | |  | | |
| **承担单位** | |  | | |
| **项目联系人** | |  | **项目起止时间** |  |
| **验收时间** | |  | **验收地点** |  |
| **验收专家组意见**  （根据专家评议情况，形成项目任务验收、财务验收意见）  任务验收意见：  □ 通过验收 □需要复议 □ 不通过验收  财务验收意见：  □ 通过验收 □需要复议 □ 不通过验收  专家组成员签字：    副组长签字（财务）： 组长签字：  年 月 日 | | | | |
| **省级管理部门验收结论** | 负责人：  （单位盖章）  年 月 日 | | | |