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 |