附件3：

**2020年度江苏基层卫生发展与全科医学教育研究中心项目登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 课题名称 |  |
| 承担单位 |  |
| 协作单位 |  | 研究起止时间 |  |
| 项目负责人概 况 | 姓 名 |  | 所在部门 |  | 联系电话 |  |
| 学 位 |  | 职 称 |  | 邮　　箱 |  |
| 项目组成员 |  |
| 研究内容简介：（可附页） |

备注：项目组成员限填前三名（包含课题负责人）。