附件

绍兴市科技人才项目经费“包干制”试点申请书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | |
| 项目编号 | |  | | “包干制”经费总额（万元） |  |
| 项目类别 | | □ 绍兴“名士之乡”英才计划 A+、A类项目  □ 绍兴市级基础公益研究科技计划项目  □ 上年度综合绩效评价前20%共建研究院入选的英才计划项目 | | | |
| 承担单位 | 单位名称 |  | | | |
| 统一社会  信用代码 |  | | | |
| 详细地址 |  | | | |
| 相关负责人 | 姓名 | 职务 | | 联系方式 |
| 单位负责人 |  |  | |  |
| 项目负责人 |  |  | |  |
| 财务负责人 |  |  | |  |
| 试点期限 | |  | | | |
| 经费匡算 | | *指经费使用构成，可另附页。* | | | |
| 目标体系 | | *包括获得专利、引进人才、成果转化等目标，可另附页。* | | | |
| 保障体系 | | *指承担单位现有保障条件，包括重点平台、大型仪器设备、科研团队等，可另附页。* | | | |
| 内控体系 | | *指项目单独建账情况、承诺书签署情况，经费具体使用流程等，可另附页。* | | | |
| 承担单位意见 | | *（应明确说明是否同意申报、是否同意落实保障措施等）*  （ 盖 章 ）  年 月 日 | | | |
| 属地主管部门  意见 | | （ 盖 章 ）  年 月 日 | | | |
| 市级主管部门  意见 | | （ 盖 章 ）  年 月 日 | | | |