附件

**行政许可档案整理工作**

**项目申请书**

项 目 申 请 人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请人所在单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填 表 日 期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

北京市卫生健康委员会制

申请者承诺：

我承诺对本人填写的各项内容的真实性负责，保证没有知识产权争议。北京市卫生健康委员会有权使用本表所有数据和资料。

申请人（签章):

2024年 月 日

**填 表 说 明**

一、本申请书用计算机如实填写，填写前须仔细阅读遴选公告，根据要求填报工作方案、活动议程等，填报内容应简明扼要，突出重点。

二、本申请书的项目经费总额不得超过30万元。

三、本申请书应当在2024年7月8日24:00以前，以电子邮件形式报送，电子邮箱：bjwjwyzc@wjw.beijing.gov.cn。

四、评选结果明确后，请入选单位申请人携带手写签名的纸质版申请书一份，交北京市卫生健康委员会

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 申报单位全称 |  | | | | |
| 单位地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 电子信箱 |  | | | 传真电话 |  |
| 法定代表人 |  | | 法人身份证号 |  | |
| 法人联系方式 |  | | 法 人 代 码 |  | |
|  | 姓名 | 职务 | | 办公电话 | 手机 |
| 项目负责人 |  |  | |  |  |
| 项目主要成员 |  |  | |  |  |
| 项目主要成员 |  |  | |  |  |
| 项目主要成员 |  |  | |  |  |
| 项目主要成员 |  |  | |  |  |
| 项目联系人 |  |  | |  |  |
| 联系人身份证号 |  | | | | |
| 项目主责部门 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 电子信箱 |  | | | 传真电话 |  |
| 项目报价（单位：万元） | |  | | | |

二、申报单位简介

|  |
| --- |
|  |

三、项目方案

|  |
| --- |
|  |

四、经费预算

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 经费开支科目 | 金额（元） | 序号 | 经费开支科目 | 金额（元） |
| 1 |  |  | 6 |  |  |
| 2 |  |  | 7 |  |  |
| 3 |  |  | 8 |  |  |
| 4 |  |  | 9 |  |  |
| 5 |  |  | 10 |  |  |
| 合计（单位：万元） | |  | | | |
| 明细说明 |  | | | | |

五、申报单位承诺

|  |
| --- |
| 我们确认项目申报内容的真实性，并愿意承担相应的责任。  负责人签字： 申报单位公章    年 月 日 |

1. 证明文件

请将企业营业执照、社会组织登记证书或事业单位法人证书、企业信用证明，法定代表人身份证或授权委托书、受委托人身份证，相关业绩证明等相关材料的复印件加盖单位公章后附上。