附件1

科企协同创新活动企业行院校行

项 目 申 报 书

申报单位（公章）

联 系 人

联系电话

苏州市科学技术协会制

二〇二四年一月

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **申报单位** |  |
| **项目类型****（打√）** | □走进企业，请填写企业名称： □走进科研院所或高校, 请填写高校院所名称：  |
| **拟举办时间** | 2024年X月（需确定活动举办月份，原则上不改动） |
| **项目负责人** |  | **单位职务** |  | **手机号** |  |
| **通讯地址** |  | **电子邮箱** |  |
| **申报单位****账户** | **账户名：****开户银行：****银行账号：** |
| **拟邀请参加核心人员（不少于10人）** |
| **序号** | **姓名** | **单位及职务** | **专业领域** | **所在地** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| **活动简介：（300字以内）** |
| **预期成果：（500字以内）** |
| **申****报****单****位****意****见** | **我单位保证申报材料真实、可行、有效。自愿接受监督并承担相应责任。****申报单位项目负责人（签名）：** **单位公章** **年 月 日** |