附件2

**江苏高等学校优秀科技创新团队验收申请表**

联系人（学校科技管理部门）**：**  电话：

|  |  |
| --- | --- |
| 团队名称 |  |
| 团队带头人 |  |
| 依托创新研发基地名称 |  |
| 计划完成时间: 年 月 日  | 实际完成时间: 年 月 日 |
| 验收时间安排: 年 月 日至 年 月 日 |
| 研究目标及完成情况： |
| 《任务书》指标完成情况： |
| 主要研究成果：1.2.3.4. |
| 所在高校意见： 盖章： 年 月 日 |
| 省教育厅意见： 盖章： 年 月 日 |

**说明:**此表请用A4纸正反打印,不超过3页纸