附件4

山东省学校卫生协会心理健康与精神卫生研究专项课题

重要事项变更申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 课题名称 |  |
| 课题编号 |  | 项目类别 |  |
| 课题负责人 |  | 联系方式 | 办公电话： |
| 手机： |
| 工作单位 |  |
| 变更内容:□变更课题负责人 □变更成果形式 □变更课题组成员 □研究内容有重大调整  □申请撤项 □其他 |
| 变更事由：课题负责人（签字）： 年 月 日 |
| 课题负责人所在单位意见：单位盖章：年 月 日 |
| 山东省学校卫生协会课题管理办公室审核意见：盖章： 负责人（签字）：年 月 日 |