

**一、建设目标**

**二、建设内容**

**三、建设方案（含如何组织、实施步骤、每半年时间安排、拟解决的关键问题等）**

**四、考核指标**

**五、预期成果**

**六、工作室主要人员**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **学历** | **职称**  **职务** | **单位及部门** | **项目**  **分工** | **是否**  **传承人** | **签名** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**七、经费预算**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 经 费 来 源 | 金 额 | 分年度使用计划 |
| 市中医局拨款 | 9万元 |  |
| 单位匹配 |  |  |
| 其 他 |  |  |
| 合 计 |  |  |

经费使用说明：

**八、单位意见**

|  |
| --- |
| 分站依托单位审核意见 |
| 负责人（签名）： 单位（印章）：  年 月 日 |
| 总站依托单位审核意见 |
| 总站负责人（签名）： 主管领导（签名）：  单位（印章）：  年 月 日 |
| 所属区卫生行政部门审核意见 |
| 负责人（签名）： 单位（印章）：  年 月 日 |
| 北京市中医管理局审核意见 |
| 单位（印章）：  年 月 日 |