附件1

国家重点研发计划颠覆性技术创新重点专项

“×××（项目名称）”

# 单位基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 | 单位名称 | 山东第二医科大学 | | 单位性质 | 高等院校 | |
| 单位所在地 | 山东省潍坊市 | | 组织机构代码 | 12370000493817093X | |
| 法定代表人姓名 | 管英俊 | | 邮政编码 | 261053 | |
| 通信地址 | 山东省潍坊市宝通西街7166号 | | | | |
| 项目负责人 | 姓 名 |  | 性 别 | □男□女 | 出生日期 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | | |
| 所在单位 |  | | | | |
| 最高学位 | □博士 □硕士 □学士 □其他 | | | | |
| 职 称 | □正高级 □副高级 □中级 □初级 □其他 | | | 职 务 |  |
| 电子邮箱 |  | | 移动电话 |  | |
| 项目  联系  人 | 姓 名 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 固定电话 |  | | 移动电话 |  | |
| 证件类型 |  | | 证件号码 |  | |

填表说明：1.组织机构代码指企事业单位国家标准代码，单位若已三证合一请填写单位统一社会信用代码，无组织机构代码的单位填写“000000000”；2.单位公章名称必须与单位名称一致。