2018年杭州绘自传网络科技有限公司

教育部产学合作协同育人项目申请书

项目名称：

申 请 人：

联系电话：

工作邮箱：

学校名称：

通信地址：

申请时间：

二○一八年四月制

填 表 说 明

1. 申报资格：

（1）全日制本科院校在职教师或在校学生；

（2）原则上不接受之前已获得过同类资助项目的重复申报。

2. 有关项目方向、具体要求和说明请参考申报指南。

3. 申请人填写的内容由所在单位负责审核，所填内容必须真实、可靠。

4. 申请书由项目申请人填写并手写签名，报送所在学校（或学院）审查、签署意见并盖章后，于2018年6月20日前邮寄到以下地址，

浙江省杭州市江干区下沙高科技企业孵化器2号楼C1812室

杭州绘自传网络科技有限公司

联 系 人：孙利平 电话：15925635350

并发送电子文档及相应的扫描件至联系人邮箱：slp@isuperu.com。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项  目  简  况 | 项目名称 |  | | | | | |
| 项目类型 | □教学内容与课程体系改革项目  □创新创业教育改革项目  □创新创业联合基金项目 | | | | | |
| 起止年月 |  | | | | | |
| 项  目  申  请  人 | 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 职务/职称 | |  | | 最终学位 | |  |
| 所在学校及院系 | |  | | | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  |
| 教学研究工作情况  （限3项） | 起止时间 | 项目名称 | | | | 项目级别 |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
| 项目主要成员 | 姓名 | 职务/职称 | 主要任务 | | | | 联系电话 |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| 项目相关背景和基础介绍 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 项目的特色和亮点 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 项目建设目标 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 项目建设内容和实施路径 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 项目预期成果 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 项目实施计划 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 经费使用规划 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 知识产权申明 | | | | | | | |
| **若立项审批通过，本人郑重承诺在项目开发过程中不发生任何形式的抄袭行为，凡涉及到他人观点和材料，均依据著作规范作了注解或已获得著作人认可。**      项目负责人：  申请日期： | | | | | | | |
| 申请人所在单位意见：  （盖公章）  单位领导签字：  时 间： | | | | | | | |