**湖南省卫生健康委科研计划课题变更课题负责人/依托单位申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 课题名称 |  | 编号 |  |
| 课题负责人姓名、身份证号码 |  | 原依托单位 |  |
| 研究期限 |  | | |
| 变更后课题负责人姓名、身份证号码 |  | | |
| 变更后依托单位 |  | | |
| 是否与原依托单位协商一致 |  | | |
| 变更理由 | | | |
|  | | | |
| 原课题负责人签字 | |  | |
| 变更后课题负责人签字 | |  | |
| 原依托单位签章  年 月 日 | | （如果变更后课题负责人在原依托单位，此处盖原依托单位的章）  变更后依托单位签章  年 月 日 | |
| 湖南省卫生健康委科教处签章  年 月 日 | | | |