附件6

兑现事项申请表

（荔湾区医药领域院士（博士后、博士）工作站扶持）

一、基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.1单位基本信息** | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | 注册地址及所在街道 | |  | | | |
| 主营业务 | □生物技术 □生物制药 □中医中药 □化学药 □医疗器械 □生物医学工程 □其他 | | | | | | | | | | |
| 单位条件 | 注册登记地（机构核准登记地）、税务征管关系及统计关系在荔湾区范围内，有健全的财务制度、具有独立法人资格、实行独立核算、符合信用管理有关规定。 | | | | | | | | | | □是 □否 |
| **1.2工作站基本信息** | | | | | | | | | | | |
| 工作站类型 | □院士工作站 □博士后工作站 □博士工作站 | | | | | | | | | | |
| 工作站全称 |  | | | | | | | | | | |
| 建站日期 |  | | | | | 医药领域工作站 | | □是 □否 | | | |
| 在站人员  情况 | 姓名1 | |  | | | | 姓名2 |  | | | |
| 证件号码 | |  | | | | 证件号码 |  | | | |
| 进站日期 | |  | | | | 进站日期 | |  | | |
| 姓名3 | |  | | | | 姓名4 | |  | | |
| 证件号码 | |  | | | | 证件号码 | |  | | |
| 进站日期 | |  | | | | 进站日期 | |  | | |
| **1.3工作站获批市级扶持资金项目情况** | | | | | | | | | | | |
| 工作站（非在站人员）获批市级项目 | | | | 实际获批市级扶持  资金金额（万） | | | | | | 获批日期 | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
| **1.4单位账户信息** | | | | | | | | | | | |
| 账户名称 | |  | | 开户银行  （详细具体写到支行） | | | | | |  | |
| 银行账号 | |  | | | | | | | | | |
| 单位联系人、联系电话（手机） | | | | |  | | | | | | |

二、工作站主要业绩

|  |
| --- |
|  |

三、审批意见表

|  |
| --- |
| **申报单位承诺** |
| 我单位承诺以上所填内容、提供的所有证明材料全部属实，如有虚假，愿承担取消、追缴相关扶持资金的后果，并承担法律责任。  法人代表签字：  （单位公章）    年 月 日 |
| **区卫生健康局审核意见** |
| 经审核，申报单位建立的院士（博士后、博士）工作站□属于/□不属于医药领域。    （单位公章）  年 月 日 |
| **区科协审核意见** |
| 经审核，申报单位院士工作站在荔府办规〔2023〕3号有效期内获批市级项目（项目名） ，实际获批市级扶持资金（金额） 。□同意/□不同意按照工作站实际获批市级扶持资金的50%给予配套支持（金额） 。    （单位公章）  年 月 日 |
| **区人力社保局审核意见** |
| 经审核，申报单位□博士后工作站/□博士工作站在荔府办规〔2023〕3号有效期内获批市级项目（项目名） ，实际获批市级扶持资金（金额） 。同意/不同意按照工作站实际获批市级扶持资金的50%给予配套支持（金额） 。    （单位公章）  年 月 日 |
| **区委人才工作领导小组办公室审批意见** |
| □同意/□不同意向申报单位给予区级扶持资金（金额） 。      （单位公章）    年 月 日 |