附件2

山东省重点研发计划（医用食品）项目推荐汇总表

推荐单位（公章）： 推荐日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 申报单位 | 参与单位  | 项目负责人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：