附件2：

山东大学齐鲁医学院

“思想政治教育品牌活动”研究课题

结项报告书

项目名称

项目负责人

所在单位 （盖章）

联系方式

填表日期

山东大学齐鲁医学院

2020年11月印制

**表1 基本情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | | | | |
| **项目类型** | 立项项目□ 培育项目□ | | | | |
| **批准时间** | 年 月 | 计划完成时间 | 年 月 | 实际完成时间 | 年 月 |
| **项目主要**  **成员** |  | | | | |

**表2 活动方案执行及开展情况**

|  |
| --- |
| 1.活动执行情况；2.活动开展效果；3.方案推广意义等。 |
|  |

**表3 活动宣传情况**

|  |
| --- |
| 1.海报、电子公告栏宣传图片；2.新闻报道等。 |
|  |

注：本表可加页。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目经费支出情况（单位：元）** | | | | |
| 批准资金 | |  | 申请报销 |  |
| 类 别 | | 金额 | 经费用途简要说明 | |
| 如：打印费 | | 10 | 宣传单：100份\*0.1元=10元 | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
| 合 计 | |  |  | |
| **项目负责人签字** |  | | | |
| **所在单位初审意见** | （请对表中所填各项真实性签署具体意见）  负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | |
| **专家评审意见** | 负责人签字：  年 月 日 | | | |
| **齐鲁医学院本教办意见** | 负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | |