**第二届湖南省医学科技创新创业大赛回执**

单位名称：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 组别 | 类别 | 项目负责人姓名 | 项目负责人联系电话 | 项目负责人电子邮箱 |
| ... | ... |  | ... | ... | ... |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：请在10月30日之前提交回执到组委会邮箱（kybkywj@163.com）**