附件8

2015年院级本科临床教学改革项目申报汇总表

学院名称（盖章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项 目 名 称 | 项目负责人 | 联系电话（手机） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

学院联系人： 联系电话： E-mail：