**附件：**

#### **专家智力帮扶项目需求表**

 **填表日期：**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位 |  |
| 项目名称 |  |
| 联 系 人 |   |
| 联 系 电 话 |   |
| 地 址 |   |
| 电子邮箱 |  |
| 帮 扶 方 式 |  |
| 帮扶活动日期 |  |
| 专家专业要求 |  |
|  具体需求内容：申报单位审核人：（签字） 申报单位：（盖章） |