附件1：

山西大同大学大学生创新创业训练计划项目

申 报 书

项目名称

项目负责人

所属单位 例：山西大同大学\*\*\*学院

指导教师

起止时间 年 月- 年 月

山西大同大学

|  |
| --- |
|  申报人基本情况（人数不超过5人） |
| 1 | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩照 |
| 学 院 |  | 班级 |  |
| 联系电话 |  |
| E－mail |  | 学号 |  |
| 2 | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩照 |
| 学 院 |  | 班级 |  |
| 联系电话 |  |
| E－mail |  | 学号 |  |
| 3 | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩照 |
| 学 院 |  | 班级 |  |
| 联系电话 |  |
| E－mail |  | 学号 |  |
| 4 | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩照 |
| 学 院 |  | 班级 |  |
| 联系电话 |  |
| E－mail |  | 学号 |  |
| 5 | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸彩照 |
| 学 院 |  | 班级 |  |
| 联系电话 |  |
| E－mail |  | 学号 |  |

注：第1名为项目负责人

|  |
| --- |
| 指导教师（仅限1人）基本情况 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄(周岁） |  | 最高学历/学位 |  |
| 职 称 |  | 职务 |  | 所在单位 |  |
| 联系电话 |  | E－mail |  |
| 近一年内是否给本科学生授课，授课年级 |  | 课程名称 |  |
| 近3年（2020—2022年）指导毕业设计(论文)情况 |
| 年均指导学生人数 |  | 其中获校级优秀以上学生人数 |  |
| 近5年（2018—2022年）承担教学改革项目情况 |
| 序号 | 项目名称/来源/起止时间/排名 | 经费(万元) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 近5年（2018—2022年）承担科研项目、转化成果情况 |
| 序号 | 项目名称/来源/起止时间/排名 | 经费(万元) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 项 目 内 容 |
| 项目名称 |  | 申报经费(元) |  |
| 是否有依托项目 |  | 依托项目名称 |  |
| 内容描述（500字以内） |
| 实施思路（300字以内） |
| 预期效果 |
| **项目实施场所需求** | 是否已有项目实施场所 | 是（如是，填写详细名称 ） 、 否（ ） |
| 是否有项目实施场所需求 | 是（ ） 、 否（ ） |
| 项目场所需求类型 | 校内创新创业基地、创业空间等场所（ ）校外省级“智创城”大学生众创空间等创新创业平台（ ）其他创新创业平台（如是，填写详细名称 ） |
| 项目负责人(签字) 年 月 日 |
| 学院意见  学院领导（签字）： （公章） 年 月 日 |
| 学校意见 学校分管领导（签字）： （公章） 年 月 日 |