

山西省卫生计生委 科研课题计划任务书

课题编号 2014016

课题名称 胰高血糖素样肽-1 受体激动剂对 2 型糖尿病
患者脑源性神经营养因子的影响

起止年月 2015 年 1 月至 2016 年 12 月

课题负责人 杨艳兰 (盖章)

手 机 13633512651

电子邮箱 1095576921@sohu.com

通讯地址 山西省人民医院

联系电话 0351-4960140 邮政编码 030012

课题负责人 杨艳兰

填表日期： 2014 年 12 月 24 日

说明：项目组成员所在单位人员工资由财政支付的不得在资助项目经费中列支人员费。

十二、课题承担单位

单位负责人签章
公章

年 月 日
2014.12.30



十三、上级主管部门

主管部门负责人签章

公章
年 月 日

十四、山西省卫生和计划生育委员会

主管部门负责人签章

课题分管人签章
公章
年 月 日

2014.12.30



山西省应用基础研究项目

计划任务书

项目类别:	自然科学基金
资助类别:	面上自然基金项目
项目编号:	201701D121159
项目名称:	SH2B1基因多态性对二甲双胍治疗2型 糖尿病效果影响研究
资助资金:	2万元
项目负责人:	杨艳兰
承担单位:	山西省人民医院
执行年限:	2017年07月至2019年12月
填报日期:	2017年08月01日



山西省科学技术厅

2016年制

四 任务签订书

项目负责人承诺：

- 1、我保证上述填报内容真实、客观，项目组成员切实参与项目的实施；
- 2、我与本项目研究人员将严格遵守国家及山西省科技计划的有关规定；
- 3、积极组织协调项目参与人认真开展研究工作，完成计划任务书规定内容；
- 4、积极督促各单位人、财、物等科研保障按时足额到位；
- 5、在项目实施过程中，遵纪守法，并保证接受相关部门的监督检查；
- 6、按要求做好项目过程管理、科技报告编写、结题验收和绩效评价等工作。

项目负责人（签字）：

杨永红

2017年8月7日

项目承担单位意见：

已按有关规定对计划任务书内容进行了审查，情况属实，并保证做到：

- 1、严格遵守国家及山西省科技计划的有关规定；
- 2、保证在人、财、物和工作时间等方面给予积极支持，特别是自筹经费足额按时到位，按计划任务书约定完成任务；
- 3、协助、督促项目合作单位对项目实施所需的人、财、物和工作时间等条件给予支持；
- 4、督促项目组按期完成项目的过程管理、科技报告编写、结题验收和绩效评价等工作。

负责人（签字）：

李荣印

（公

章）

2017年8月8日

项目组织单位意见：

负责人（签字）：

王天印

（公

章）

2017年8月9日

科技厅审定意见：

科技厅项目主管处

项目分管人（签字）

负责人（签字）：

王天印

（公

章）

2017年8月10日

山西省卫生健康委 科研课题计划任务书

课题编号_____

课题名称 甲状腺癌低血钙症临床特征以及分子机制研究_____

起止年月 2020.1—2021.12_____

课题联系人 王强 (盖章)_____

联系电话 15034126711 电子邮箱 030012_____

通讯地址 太原市双塔寺街 29 号_____

联系电话 13903404373 邮政编码 030012_____

课题负责人 李德伟_____

填表日期： 2020 年 02 月 10 日

十二、课题承担单位

山西省卫生健康委员会

单位负责人签章

公章

年 月 日

十三、上级主管部门

主管部门负责人签章

公章

年 月 日

十四、山西省卫生健康委员会

主管部门负责人签章

课题分管人签章

山西省卫生健康委员会

公章

年 月 日