附件2

2024年博士后服务基层活动需求表

（模板）

报送单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **服务地（写到区、县）** | | |  | | **建议服务日期（不超过4天）** | |  | |
| **序号** | **需求单位名称** | **需求项目名称** | **需求描述** | **需求专业及条件** | **行业领域** | **服务形式** | **项目对接人** | **联系电话** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

报送单位联系人： 联系电话：

注：1.服务地一般集中在某一地级市内开展；

2.服务形式请填写：项目对接、科研成果转化、技术指导、医疗义诊、人员培训或其他，如填写其他，需另明确写明服务形式。