附件2

审核推荐意见汇总表

推荐单位：（盖章） 日期： 年 月 日

| **序号** | **实验室名称** | **实验室主任** | **依托单位** | **推荐意见** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  | 申报材料符合市重点实验室A类认定条件，同意推荐。 |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：归口科技管理部门填写