****

**中国人口福利基金会•临床课题研究**

**课题申请书**

**课题名称：**

**申请类别（单选）：□科培研究基金 □创新研究基金 □重点研究基金**

**申请人单位：应与法人登记证书、公章、后期合同签署主体名称保持一致**

**申请人姓名：**

**一、课题组情况**

**1. 课题负责人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 中文 | |  | | | 性别 |  | | 身份证号 | | |  | |
| 拼音 | |  | | | 民族 |  | | 党派 | | |  | |
| 专业专长 | | |  | | | 学位 |  | | 职称 | | |  | |
| 申报课题类型 | | | □科培研究基金 □创新研究基金 □重点研究基金 | | | | | | | | | | |
| 研究生导师 | | | 否/硕导/博士 | | |  | | | | | | | |
| 工作单位、科室及职务 | | | |  | | | | | | | | | |
| 详细通讯地址  及邮编 | | | |  | | | | | | | | | |
| 电子信箱 | | | |  | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 已承担的科研项目数 | | | | | | | | | | | | | |
| 国家级 | | 部级 | | | 省级 | | | 国际合作 | | 企业合作 | | | 其他 |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |  |
| 已获奖的科研成果数 | | | | | | | | | | | | | |
| 国家奖 | | 省部奖 | | | 行业奖 | | | 其 他 | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | | |
| 国际重要杂志发表的文章（题目、杂志、期刊号） | | | | | | | | | | | | | |
| 1.  2.  3. | | | | | | | | | | | | | |
| 国内核心期刊篇数（题目、杂志、期刊号） | | | | | | | | | | | | | |
| 1.  2.  3. | | | | | | | | | | | | | |
| 是否得到过其他科研专项资金的支持（课题名称、拨款金额） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

**2. 课题组核心人员情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **序号** | **姓名** | **年龄** | **专业** | **职称** | **课题分工** | **身份证号** | **单位** | **手机号码** | **签名** |
| **课题负责人** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **项**  **目**  **核**  **心**  **成**  **员** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**二、课题摘要**

|  |
| --- |
| **课题摘要（**500～1000字**）：** |
| **关键词(不超过 5 个，用分号隔开)：** |

**三、立项依据**

|  |
| --- |
| **1. 本课题与国内外同类研究比较有何先进之处** |

|  |
| --- |
| **2. 采用的方法、技术路线** |

|  |
| --- |
| **3. 医院介绍** |
| 1. **科室介绍** |
| 1. **相关研究经验（课题负责人在肿瘤、血液、麻醉、风湿免疫、生殖、脑血管、抗感染、内分泌、眼科、呼吸、皮肤等领域相关的工作经验，、相关研究工作基础和经验等）** |

**四、课题预期目标**

|  |
| --- |
| **1. 课题解决的关键问题及预期目标（包括预期水平及发表论文数）：** |

|  |
| --- |
| **2. 社会效益及经济效益：** |

**五、课题进度安排**

|  |
| --- |
| **1. 课题进度总体安排：** |

|  |
| --- |
| **2. 课题进度阶段安排：** |

**六、申请经费预算表**

**申请本课题经费：\_\_\_\_\_\_\_万元（因属于公益捐赠款项，故无法用于医院管理费、税费、大型设备购置等开支）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **支出科目** | **金额（万元）** | **计算根据及理由** |
| 实验材料费 |  |  |
|  |  |
| 数据处理、统计费 |  |  |
|  |  |
| 会议费（参加学术交流及培训费等） |  |  |
|  |  |
| 研究费（包括测试费、受试者费、资料购买、文章发表、专利等费） |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 劳务费（包括参研的研究生费和其他人员劳务费） |  |  |
|  |  |
| 其他（审计、打印等其他办公费） |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **合计** |  |  |

**七、课题负责人承诺**

|  |
| --- |
| 我接受“中国人口福利基金会•临床课题研究”的项目资助，将按照项目方案及预算要求实施，严格遵守本院各项规定，认真开展研究工作，按时报送有关材料，及时报告重大情况变动，对资助项目发表的论著和取得的研究成果按规定进行标注。  课题负责人（签字）：  2024年X月X日 |

**八、课题负责人单位意见**

|  |
| --- |
| 我单位同意承担上述“中国人口福利基金会•临床课题研究”资助，将保证课题负责人及其研究队伍的稳定和研究项目实施所需的条件，严格遵守有关科研规定并督促实施。  单位名称（公章）：  2024年X月X日 |

**九、其他说明**

1. 医院事业单位法人登记证或组织机构代码证复印件加盖单位公章；

2.课题负责人医师执业证书扫描件；

3.课题负责人所在单位的科研项目管理和伦理审查制度（提供全文）；

4.申报单位公益事业捐赠票据范本（脱敏）；

5. 如有任何造假、虚构情况、中国人口福利基金会有权追回全部资助款，并追究相关法律责任。