|  |  |
| --- | --- |
| **附件**  编 号： |  |
| 所属学科： |  |

2022年江苏大学附属医院中医妇科临床医学研究中心开放课题申报书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目类别： |  | | |
| 项目名称： |  | | |
| 项目申报单位： |  | | |
| 项目推荐单位： |  | | |
| 项目负责人： |  | 联系电话： |  |
| 电子邮箱： |  | | |
| 申报日期： |  | | |

**江苏大学附属医院制**

填 报 说 明

一、申报书内容将作为项目评审以及签订任务书的重要依据，申报书各项填报内容须实事求是、准确完整、层次清晰，由各方签字、盖章后生效。

二、填写申报书前，请先查阅相关通知及管理文件，对申报书各项内容，逐条认真填写。

三、申报书为A4纸，请按此规格双面打印，左侧装订成册。

四、申报书栏目中有选择项时，请在相应选择项前打勾。

五、封面“编号”栏请勿填写，项目“所属学科”按照国家标准学科分类与代码（GB/T 13745-92）填写三级学科名称和代码。

六、“项目组成员”栏纸质版必须由课题参加人员本人签字。

七、申报书中的单位名称，请填写全称，并与单位公章一致。

承 诺 书

申请人承诺：

我保证申报书内容的真实性。如果获得资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守《江苏大学附属医院研课题管理办法（试行）》及相关文件的规定，切实保证研究工作时间，认真组织项目实施，完成研究任务目标，并配合做好监督检查。若填报失实、项目执行中出现违约行为，本人将承担全部责任。

申请人（签字）：

年 月 日

一、申报项目基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目**  **基本**  **信息** | 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 研究领域 | | □基础医学 □临床（口腔）医学 □中医药 □预防医学 □卫生管理  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| 研究类型 | | □基础研究 □应用研究 □开发研究 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| **项目**  **负责**  **人基**  **本信**  **息** | 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | 身份证号码 | |  | | | | 民族 |  |
| 专 业 | |  | | | | | | | | | 学 历 | |  | | | |
| 职 称 | |  | | | | | | | | | 学 位 | |  | | | |
| 联系电话 | |  | | | 手机 | |  | | | 电子邮箱 | |  | | | | |
| 手机 | |  | | | | | | | | 电子邮箱 | |  | | | | |
| **承担**  **单位 基本**  **信息** |  | | 姓名 | | 职务 | | | 职称 | | | 电话 | | 手机 | | 电子邮箱 | | |
| 单位负责人 | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |
| 单位科研部门负责人 | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |
| **参与单位** | 1 | |  | | | | | | | | 联系人 | |  | | 手机 | |  |
| 2 | |  | | | | | | | | 联系人 | |  | | 手机 | |  |
| **项**  **目**  **组**  **主**  **要**  **成**  **员**  **（**  **不**  **含**  **申**  **请**  **者**  **）** | 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | | | 学历 | | 职称 | | 所在部门 （全称） | | | 项目分工 | | | 签名 |
| 1 |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 2 |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 3 |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 4 |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 5 |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 6 |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 7 |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 8 |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |

二、立项依据（研究意义、国内外研究现状及发展动态分析）及研究基础

|  |
| --- |
|  |

三、研究内容、预期目标和创新点

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

四、研究方法、技术路线和组织方式及可行性分析

五、项目年度计划安排（2022年 月至2024 年 月）

|  |
| --- |
|  |

六、项目经费预算（单位：元）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科目名称** | **预算** | **备注（计算依据与说明）** |
| **合 计** |  |  |
| 1. 设备费 |  |  |
| 2. 材料费 |  |  |
| 3. 测试化验加工外协费 |  |  |
| 4. 燃料动力费 |  |  |
| 5. 差旅费 |  |  |
| 6. 会议费 |  |  |
| 7. 出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |
| 8. 租赁费 |  |  |
| 9. 合作费 |  |  |
| 10. 国际合作与交流费 |  |  |
| 11. 专家咨询费 |  |  |
| 12. 人员劳务费 |  |  |
| 13. 管理费 |  |  |
| 14. 其它 |  |  |
| 对经费预算的其他说明: | | |

七、审核意见

|  |  |
| --- | --- |
| **医学**  **伦理**  **委员**  **会意**  **见** | 根据《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》（原中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第11号）的有关要求，该项目□需要/ □不需要（请勾选）进行伦理审查。（需要进行伦理审查的项目，请将机构医学伦理委员会审查意见扫描后作为附件）    委员会负责人： 委员会（公章或代章） 年 月 日 |
| **所在单位**  **意见** | 我单位已对申报书内容进行了审核，该项目符合申报条件，同意申报并保证：   1. 保证对项目实施所需的人力、物力和工作时间等条件给予支持； 2. 如获立项，将按有关规定给予经费投入，保证自筹经费到位； 3. 督促项目负责人按规定及时报送有关材料及按期结题。   单位负责人： 单位（公章） 年 月 日 |
| **合作单位**  **意见** | 单位负责人： 单位（公章） 年 月 日 |
| **推荐**  **单位意见** | 单位负责人： 单位（公章） 年 月 日 |

八、需要提供的附件

1．代表性论文的复印件（近五年）

2．承担或参与科研项目任务书复印件（近五年）

3．主要学术兼职证明复印件（不超过三项）

4．硕士、博士毕业证明复印件，职称证明复印件，在读博士研究生需经导师同意并推荐

5.合作单位分工（如无合作单位，可不填写，如有合作单位，还需提供合作意向书作为附件）