|  |  |
| --- | --- |
| **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）