附件

**国家卫生健康委医院管理研究所**

**“医疗人工智能临床应用研究”**

**申 报 书**

**（2024版）**

|  |  |
| --- | --- |
| 主题名称： |   |
| 项目名称： |   |
| 申 请 人： |   |
| 联系电话： |   |
| 电子邮箱： |   |
| 单位名称： |  合肥市第一人民医院  |
| 填表日期： |   |

**国家卫生健康委医院管理研究所制**

**2024年9月**

一、基本信息

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目基本信息 | 项目名称 |  |
| 课题组人数 | （不超过10人） |
| 申请人信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 职称 |  |
| 电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 个人通讯地址 |  |
| 工作单位 |  |
| 主要工作领域 |  |
| 申请人所在单位信息 | 单位名称 | 合肥市第一人民医院 |
| 联系人 | 张馨月 | 通讯地址 | 合肥市淮河路390号 |
| 联系电话 | 82137855 | 邮政编码 | 230061 |
| 主要研究内容摘 要 |  |
| 中文关键词 |  |
| 英文关键词 |  |

二、项目主要参与人员（10人以内含申请人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **姓名** | **出生年月** | **学历/学位** | **职务/职称** | **单位名称** | **项目工作内容** | **联系电话** | **签字** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

三、项目研究内容（6000字以内）

|  |
| --- |
| **本表参照以下提纲撰写，要求逻辑清晰，主题突出，层次分明，内容翔实，排版清晰。****1.[立项依据]** 研究意义、国内外研究现状及其发展动态分析。**2.[研究内容]**  本项目的研究内容、研究目标，以及拟解决的关键问题等。**3.[思路方法]**  本项目研究的基本思路、具体研究方法、研究计划及其可行性、项目技术路线等。**4.[创新之处]** 本项目的特色和创新之处。5.**[研究计划及预期成果]** 本项目的年度研究计划及预期研究成果等。6.**[参考文献]** 开展本课题研究的主要中外参考文献。 |

四、研究基础和条件保障

|  |
| --- |
| **本表参照以下提纲撰写，要求填写内容真实准确。****1.[学术简历]** 申请人的主要学术简历、学术兼职，在相关研究领域的学术积累和贡献等。**2.[研究基础]** 申请人与本项目相关的研究工作基础和已取得的研究工作成绩。**3.[条件保障]** 完成本项目课题研究的时间保证、资料设备等科研工作条件。 |

五、申请人所在单位审核意见

|  |
| --- |
| 申报书所填写的内容是否属实；该申请人及参加者的政治和业务素质是否适合承担本课题的研究工作；本单位能否提供完成本课题所需的时间和条件；本单位是否同意承担本项目的管理任务和信誉保证。研究内容属实；申请人及参加者的政治和业务素质适合承担本课题的研究工作；本单位可以为本课题提供所需的时间和条件；同意承担本项目的管理任务和信誉保证。 单位公章 年 月 日 |