|  |  |
| --- | --- |
| 编 号： | （填写系统自动生成编号） |
| 所属学科： |  |

2024年度安徽省卫生健康科研项目

申报书（全本）

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： |  |
| 项目类别： | □省财政支持项目（委省共建项目） □齐鲁专项 □恒瑞创新药物研究专项 □豪森肺癌专项 □金赛儿童生长发育专项□扬子江专项 □正大青春宝新药研究专项□复宏汉霖创新药物专项 □百济神州肿瘤专项 □“安未来”乳腺癌专项 |
| 项目类型： | □重大项目 □重点项目 □一般项目  □青年项目 □自筹项目 |
| 项目申报单位： | 合肥市第一人民医院 |
| 项目推荐单位： | 合肥市卫健委 |
| 项目负责人： |  | 联系电话： |  |
| 电子邮箱： |  |
| 申报日期： |  |

安徽省卫生健康委制

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”要填写三级学科名称。

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。

一、申报项目基本情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目****基本****信息** | 名　　称 |  |
| 起止时间 |  2024年12月至2027年11月  |
| 研究领域 | □临床（口腔）医学 □中医 □公共卫生 □基础医学 □卫生管理、软科学□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 研究类型 | □临床研究 □应用研究 □基础研究 □应用基础研究 □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 |  |
| 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| **承担****单位科研部门联系人** | 姓名 | 张馨月 | 职务 | 科技产业处 | 固定电话 | 82137855 |
| 手机 | 13365659259 | 电子邮箱 | hfyykjcycws@126.com |
| **参与单位** | 1 |  | 联系人 |  | 手机 |  |
| 2 |  | 联系人 |  | 手机 |  |
| **摘要** | 研究内容和意义简介（限400字）： |

项目参加人员简表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **工作单位** | **职称** | **学历** | **学位** | **身份证号码** | **研究分工** | **签字** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

二、立项依据及国内外研究现状（附主要参考文献）

(“参考文献”四个字与章标题格式相同。内容部分五号字体，中文用宋体，英文用Times New Roman体，固定行距20磅，段前0磅、段后0磅，悬挂缩进2.5字符。填写时请删除此段文字)

1. 研究内容
2. 拟解决的关键问题及意义

五、研究思路和方法（包括研究方法、技术路线、关键技术等说明）

六、预期成果（**预期成果形式、使用去向及预期社会效益等。**）

七、研究基础（**项目负责人及主要参与者（排名前3）近五年来前期相关成果**）

八、项目年度计划安排（2024年12月至2027年11月）

九、项目经费预算（单位：万元）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科目名称** | **预算（万元）** | **备注（计算依据与说明）** |
| 省财政/基金会 | 单位配套 |
| 1. 设备费 |  |  |  |
| 2. 材料费 |  |  |  |
|  3. 差旅费 |  |  |  |
|  4. 会议费 |  |  |  |
|  5. 出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |  |
|  6. 租赁费 |  |  |  |
|  7. 合作费 |  |  |  |
|  8. 专家咨询费 |  |  |  |
|  9. 人员劳务费 |  |  |  |
|  10. 间接经费 |  |  |  |
|  11. 其它 |  |  |  |
|  **合 计** |  |  |  |
| 对经费预算的其他说明: |

**十**、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》《涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法》的有关要求，该项目□需要/ □不需要（请勾选）进行伦理审查。伦理委员会□是/ □否（请勾选）对该项目申报书进行了论证，并特别对研究对象的权利与利益、确保取得知情同意的措施、存在的危险与可能的受益等三方面进行了认真讨论，□是/ □否（请勾选）同意该项目以申报书研究内容进行申报，待评审立项后需向我院伦理委员会提交项目研究方案、知情同意书等材料进行伦理审查后方可实施。  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，保证配套经费到位；
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** | 同意参加合作研究，保证对参加合作研究人员时间及工作条件的支持、督促其按计划完成所承担的任务。需要说明的其它问题：合作单位1（公章） 合作单位2（公章）  年 月 日 年 月 日 |
| **推荐****单位意见** |    单位负责人： 单位（公章） 年 月 日 |

十一、需要提供的附件

1.代表性论文的复印件（近五年，不超过5篇）；

2.承担或参与科研项目任务书复印件（近五年，参与仅限前三）；

3.个人承诺书。