**编号：**

2025-2026年度安徽省中医药传承

创新科研项目申请书

项目名称：

申 请 者：

课题类型：

所在单位：

电 话：

电子邮箱：

申请日期： 年 月 日

安徽省中医药管理局

二〇二五年制

**填　报　说　明**

一、申请者申报内容需符合2025年度安徽省中医药传承创新项目申报通知。

二、申请书各项内容要实事求是，逐条认真填写。表达要明确、严谨，字迹要清晰易辨。外来语要同时用原文和中文表达。第一次出现的缩写词，须注出全称。

三、课题类型应选择：中医药基础、中医药临床、中西医协作、中药制剂研究、中医药应用转化、智能中医药、特色诊疗技术、中医药文化传承、中医药政策。

四、申请书用A4纸双面打印或复印，于左侧装订成册。报送一式三份。

五、报送申请书的同时，需提交电子版材料一份。

申请者承诺：

我保证上述填报内容的真实性。如果获得资助，我与本项目组成员将严格遵守安徽省中医药管理局项目管理有关规定，切实保证研究工作时间，按计划认真开展研究工作,按时报送有关材料。

申请者（签章）

年 月 日

一、简表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 负责人姓名 | |  | | | 性别 |  | | 民族 | |  | 出生日期 | 年 月 |
| 行政职务 | |  | | | 专业职务 |  | | | | | 研究专长 |  |
| 最后学历 | |  | | | 最后学位 |  | | | | | 是否为研究生导师（打√） | 硕导 □  博导 □ |
| 申报项目依托的重点学（专）科名称 | | | | |  | | 重点学（专）科级别（打√） | | | | 国家级□ 省级□ 市级□ | |
| 研究起止时间： 年 月至 年 月 | | | | | | | | | | | | |
| 协作单位一 | | | | |  | | | | | | | |
| 协作单位二 | | | | |  | | | | | | | |
| 项目组成员 | 姓名 | | 性别 | 年龄 | 专业职务 | 研究专长 | | | 学历 | | 工作单位 | 签名 |
|  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |
| 协作单位一参加人 | |  |  |  |  | | |  | | 协作单位一 | 本栏目名单有协作单位科研部门盖章可以免签名。 |
| 协作单位二参加人 | |  |  |  |  | | |  | | 协作单位二 |
| 高校科研院所参加人 | |  |  |  |  | | |  | |  |
| 项目摘要  （400字以内） | | |  | | | | | | | | | |
| 关键词  （5个以内） | | |  | | | | | | | | | |
| 预期成果（200字以内） | | |  | | | | | | | | | |

二、立项依据

|  |
| --- |
| 项目的研究意义、国内外研究现状分析(附主要参考文献及出处，1000字以内)： |
|  |

**三、研究方案**

|  |
| --- |
| 1.拟采取的研究方法、实验方案或临床观察、技术路线（2000字以内）： |
|  |

|  |
| --- |
| 2.预期目标（300字以内）： |
|  |
| 3. 年度研究计划（以每半年为单位填写）： |
|  |

四、研究基础

|  |
| --- |
| 1.项目申请人与本项目有关的研究工作积累和已取得的研究工作成绩（1000字以内）： |
| 2.已具备的实验条件，尚缺少的实验条件和拟解决的途径（300字以内）： |

五、经费预算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支出科目 | 金额（元） | 计算根据及理由 |
| 设备费 |  |  |
| 业务费 |  |  |
| 劳务费 |  |  |
| 合计 |  |  |

六、申请者所在单位意见

|  |
| --- |
| 同意申请，保证在申请者研究时间及工作条件上给予支持，督促其按计划完  成所承担的任务。  需要说明的其它问题：  单位负责人签章： （单位公章）  年 月 日 |

七、市卫生健康委（中医药管理局）或单位意见

|  |
| --- |
| 负责人签章： （单位公章）  年 月 日 |

八、评审委员会意见

|  |
| --- |
| 负责人签章： （单位公章）  年 月 日 |

九、省中医药管理部门意见

|  |
| --- |
| （公章）  年 月 日 |