申请编号：

北京肝胆相照公益基金会

“医路攀升-介入科研基金”

申请书

 项目名称

申 报 者

工作单位（盖章）

详细地址

邮政编码

联系电话

# 电子信箱

申请日期

1. 基本情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究课题 | 课题名称 |  |
| 类 别 |  | 申请金额（万元） |  |
| 主 题 词 |  | 研究方向 | □介入领域的基础与临床研究 |
| 起止年月 | 年 月至 年 月 | 实验动物 | □普通级 □清洁级□SPF级 |
| 所用实验室 | □一级 □二级 □三级 □省部重点 □国家重点 | 实验动物设施 | □普通级 □清洁级□ SPF级 |
| 预期研究结果 | □论文 □著作 □软件 □标准 □新技术 □新疗法 □新药（ 报临床 报生产 再评价 ）□新治疗方案 □新病例 □新设备 □新器械 □其他 |
| 承担单位 | 单位名称 |  | 性 质 |  |
| 单位地址 |  | 省 份 |  |
| 医院级别 | □三级甲等 □三级乙等 □三级医院□二级医院 □其他等级 | 邮 编 |  |
| 申请人 | 姓 名 |  | 科室 |  | 职 称 |  |
| 性别 | □男 □女  | 职 务 |  |
| 电子邮箱 |  | 手 机号 码 |  |
| 身份证号码 |  |
| 在课题中所承担的任务 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题组主要成员 | 姓 名1 | 身份证号 |  | 所在单位 |  |
| 学位 |  | 职称 |  | 电话 |  |
| 在课题中承担的任务 |  |
| 姓 名2 | 身份证号 |  | 所在单位 |  |
| 学位 |  | 职称 |  | 电话 |  |
| 在课题中承担的任务 |  |  |  |
| 姓 名3 | 身份证号 |  | 所在单位 |  |
| 学位 |  | 职称 |  | 电话 |  |
| 在课题中承担的任务 |  |  |  |
| 姓 名4 | 身份证号 |  | 所在单位 |  |
| 学位 |  | 职称 |  | 电话 |  |
| 在课题中承担的任务 |  |  |  |
| 姓 名5 | 身份证号 |  | 所在单位 |  |
| 学位 |  | 职称 |  | 电话 |  |
| 在课题中承担的任务 |  |  |  |
| 总人数 | 平均年龄 | 男 | 女 | 高级 | 中级 | 初级 | **其它** | 院士 | 博士 | 硕士 | 学士 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

二、研究目标、设计方案

|  |
| --- |
| **1、**拟解决的问题及研究目标 |
| **2、**研究思路（工作假说） |
| **3、**研究内容、研究方法、技术路线、设计方案 |

**三、**研究基础、可行性论证

|  |
| --- |
| 1、课题相关的以往研究工作摘要 |
| 2、查新线索报告（或专利检索报告）结论（如有查新报告可作为附件） |
| 3、本课题将使用的主要科研设备、仪器、试剂、实验动物等条件 |
| 名称 | 规格 | 产地\生产商 | 操作部门 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
| 4、课题特色、创新点及可行性分析 |

**四、**实施计划、考核指标

|  |  |
| --- | --- |
| 时间安排 | 研究内容（分期目标） |
|  |  |
| 本项目结题时需达到的考核目标： |
| 其他说明： |

1. 经费预算分类细目

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科目 | 细目 | 规格 | 数量 | 单价 | 经费预算（万元） | 备注 |
| 科研业务费 | 1.调研 |  |  |  |  |  |
| 2.学术交流及发表论文 |  |  |  |  |  |
| 3.查新检索 |  |  |  |  |  |
| 4.业务资料印刷 |  |  |  |  |  |
| 5.专业软件 |  |  |  |  |  |
| 6.出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |  |  |  |
| 7.其他 |  |  |  |  |  |
| 消耗性实验材料费 | 1.实验动物 |  |  |  |  |  |
| 2.实验动物饲 料 2.实验动物饲料 |  |  |  |  |  |
| 3.试剂 |  |  |  |  |  |
| 1. 实验用品

（如玻璃器皿等） |  |  |  |  |  |
| 5.其他 |  |  |  |  |  |
| 消耗性临床材料费 | 1.化验 |  |  |  |  |  |
| 2.检查 |  |  |  |  |  |
| 3.医院制剂 |  |  |  |  |  |
| 4.临床观察 |  |  |  |  |  |
| 5.其他 |  |  |  |  |  |
| 仪器设备使用费 |  |  |  |  |  |  |
| 会议费/差旅费 |  |  |  |  |  |  |
| 劳务费 |  |  |  |  |  |  |
| 科研协作费 |  |  |  |  |  |  |
| 科研管理费 | 1.评估验收 |  |  |  |  |  |
| 2.课题管理 |  |  |  |  |  |
| 其他： |  |  |  |  |  |  |

**六、**本课题相关的国内外研究进展背景材料

|  |
| --- |
|  |

**七、**认证与审核

|  |
| --- |
| 课题组承诺：我代表全体课题组成员保证所填报的内容和提供的材料是真实的，没有虚假。如获资助，我们将严格执行科研基金管理的有关规定，以科学态度严肃认真开展工作、保证研究工作时间，履行合同义务，按时抄报有关材料。 **代表人：（签字）** 年 月 日 |
| 申报课题牵头部门或单位审核意见（就是否同意申请提出明确意见，并对申请人学风作出评价）本单位保证在本课题获得资助后做到以下几点（在方框中划勾）：□严格遵守科研基金使用及管理的有关规定；□提供本课题实施过程中所需人力、物力和工作时间等条件的支持；□督促本单位科管部门及课题组按时报送有关材料；□是否愿意匹配研究经费（如同意，匹配额 %）；**部门或单位（公章） 负责人（签章）**  年 月 日 |

**八、**北京肝胆相照公益基金会审核意见

|  |
| --- |
| 专家委员会意见： 申请书中需要修改的内容为：同意该专项基金的申请，资助金额为 万元。  **审评人：（签字）** 年 月 日 |
| 基金会意见： **单位或部门（公章）** **负责人（签字）** 年 月 日 |

联系电话：010－87573022 E－mail：office@gdxz.org.cn

地 址：北京市南三环西路16号搜宝商务中心3号楼

邮 编：100068