附件

广东省卫济医学发展基金会

科研基金项目申报书

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称: |  |
| 申报单位: |  |
| 项目负责人: |  |
| 所在科室: |  |
| 联系方式: |  |
| 电子邮箱: |  |
| 填报日期: |  |

广东省卫济医学发展基金会

二〇二四年制

一、申报项目基本情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **基本****信息** | 项目名称 |  |
| 起止时间 | 至 |
| **项目****负责人** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 身份证号码 |  |
| 所在单位及科室 |  | 专业领域方向 |  |
| 学历学位 |  | 职称及研究生导师资格 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| **承担****单位** | 单位名称 |  | 单位性质 |  |
| 单位地址 |  |
| **主要****成员** | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 学历 | 职称 | 所在单位 | 项目分工 | 签名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **项目****联系人** | 姓名 |  | 联系电话（手机） |  |
| 办公电话 |  | 电子邮箱 |  |

二、项目内容摘要（研究基础、目标、内容、拟解决的关键问题及预期结果，限1000字）

|  |
| --- |
|  |
| **关键词** |  |

三、可行性报告（详细阐述国内外研究现状、研究意义、研究基础与工作条件、研究目标、内容、方案、技术路线、预期目标、创新性及特色等内容）

|  |
| --- |
|  |

四、项目计划进度表

|  |  |
| --- | --- |
| **时间进度** | **阶段目标主要内容** |
|  年　月　日至　 　年　月　日 |  |
|  年　月　日至　 　年　月　日 |  |
|  年　月　日至　 　年　月　日 |  |
|  年　月　日至　 　年　月　日 |  |
|  年　月　日至　 　年　月　日 |  |

五、项目效益及验收考核指标（包括预期培养学生、发表论文、研究报告、专家共识、专利技术等）

|  |
| --- |
| **项目拟解决的关键问题及预期目标** |
|  |
| **项目社会效益** |
|  |
| **验收考核指标（注明类别及数量）** |
|  |

六、经费预算表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **总经费** |  | **申请本基金经费** |  | **自筹经费** |  |
| **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、项目负责人承诺书及审核意见

|  |
| --- |
| **项目负责人承诺书** |
| 本人代表项目组，保证本申请书填报内容真实、准确。如果获得立项，我将履行项目负责人职责，严格遵守医学科研诚信和相关行为规范、科技报告制度、生物医学研究伦理等有关规定，切实保证经费使用合法、合规，按计划认真开展研究工作，按时报送有关材料，由本基金资助的研究成果公开发布或发表时须注明“广东省卫济医学发展基金会资助项目”及项目编号。若填报失实或违反有关规定，本人将承担全部责任。项目负责人（签字）：  年 月 日 |
| **伦理委员会意见** |
| 此处由伦理委员会填写（所有项目均需出具医学伦理委员会声明，不需要的也要出不需要的声明，加盖医学伦理委员会公章；所有医院承担或有医院参与的项目，均需医院医学伦理委员会先出具审查声明）委员会负责人（签章）： 委员会（公章或代章） 年 月 日 |
| **申报单位（科研主管部门）意见** |
| 我单位已对申请书内容进行了审核，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，将督促项目负责人按规定及时报送有关材料及按期结题。负责人（签章）： 单位（公章） 年 月 日 |

1. 附件（如提交附件则填写附件目录，若无则不填）

|  |  |
| --- | --- |
| **附件序号** | **附件名称** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |