编号：提交后由基金会统一编写

**卓越外科科研项目**

**申请人简历**

申 请 人：

申请人单位：

申请日期：2021年 月 日

**申请人个人简历**

|  |  |
| --- | --- |
| **研究名称** |  |
| **个人信息** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | 年 月 日 |
| 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  | 所在科室 |  |
| 职 称 |  | 职 务 |  |
| 最高学位 |  | 移动电话 |  |
| 通讯地址 |  省 市 区 路/街道 |
| E-mail |  |
| 教育背景 |
| 工作经历 |
| 主持或参加的科研项目 |
| 科研成绩与成果（发表文章、专利、奖项等） |
| 现有研究队伍 | 姓名 | 性别 | 职称 | 学位 | 专业/单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

申请者承诺

|  |
| --- |
| 我保证填报的卓越外科科研项目方案申请书：（xxxx课题名称）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该项目的有关规定，切实保证研究工作时间，认真开展工作，按时报送有关材料。  申请人（签名）： 日 期： 年　月　日 |