凯启新生-中青年医师关爱疼痛医学研究项目

课题申请书

申请人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 依托单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 填报时间：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**填写说明**

1. 请认真阅读本填写说明并完整如实填写申请表各项内容，实事求是，逐条认真填写，文字表达明确严谨，字迹清晰易辩。
2. 使用字体统一为仿宋，字号为四号，页面不够处可另外加页。
3. 申请书中外来语要同时用原文和中文表达。第一次出现的缩略词，须注明中外文全称，再出现同一词时可以使用缩写。
4. 申请表中必须填写申报课题摘要和资助经费使用明细表。
5. 请在申请书“依托单位”处加盖公章。

**一、申请人基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 信 息 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 专业领域 |  | 职 称 |  | 学 位 |  |
| 电 话 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  |
| 所在科室 |  |
| 通讯地址 |  |
| 已承担科研项目 |  |
| 已获得科研成果 |  |
| 依托单位信息 | 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 联 系 人 |  | 电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 课题组成员信息 | 姓名 | 性别 | 工作单位 | 职称 | 项目职责 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**二、申请书情况**

**（一）项目摘要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 课题基本信息  | 课题名称 |  |
| 研究类别别属性 |  |
| 研究期限 | x年  | 申请经费 |  |
| 项目简介（500字以内） |   |
| 关键词（不超过5个） |  |

**（二）研究方案**

|  |
| --- |
| 1、立项依据(项目背景)（包括国内外研究现状分析、当前需要解决的主要问题及创新点）2、研究内容（研究目标、研究内容和拟解决的问题）3、方法与技术路线（采用的研究方法和研究步骤、技术路线及可行性分析）4、预期目标（研究工作的预期结果和验收形式）5、进度安排（总体计划和年度计划指标） |

**三、经费预算分类细目（根据课题需求选择填写）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科目** | **经费预算（万元）** | **备注** |
| **1. 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）其他** |  |  |
| **2. 实验费** |  |  |
| **（1）实验材料费（包含实验动物、试剂、其他耗材）** |  |  |
| **（2）检查** |  |  |
| **（3）医院制剂** |  |  |
| **（4）临床观察** |  |  |
| **（5）其他** |  |  |
| **3. 仪器设备使用费** |  |  |
| **（1）** |  |  |
| **4. 合作交流费** |  |  |
| **（1）** |  |  |
| **5. 科研协作费** |  |  |
| **（1）** |  |  |
| **6. 劳务费** |  |  |
| **7. 科研管理费** |  |  |
| **（1）评估验收** |  |  |
| **（2）课题管理** |  |  |
| **其他** |  |  |
| **合计** |  |  |

**具体支出可参照依托单位科研支出相关制度**

**四、申请承诺**

（一）科研诚信承诺

|  |
| --- |
| 本人在此郑重承诺：严格遵守中共中央办公厅、国务院办公厅《关于进一步加强科研诚信建设的若干意见》规定，所申报材料和相关内容真实有效，不存在违背科研诚信要求的行为，在课题申请、评审和执行全过程中，恪守职业规范和科学道德，遵守评审规则和规则纪律。 我保证如果获得资助，我与本课题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，及时报告重大情况变动，并接受检查与监督。申请人： 年 月 日 |

（二）依托单位意见

|  |
| --- |
| 我单位同意承担上述项目课题研究，将保证提供研究实施所需的条件，严格遵守各项规定并予以监督。 单位或部门（盖章） 年 月 日 |

（三）申请单位伦理委员会意见（如涉及请将批件附后）

**附件：《xx医院伦理审查委员会伦理审查批件》**