**附件1**

**编 号 项 目 分 类 省部共建项目 □**

**联合共建项目 □**

**河 南 省 医 学 科 技 攻 关**

**计划项目申请书**

**项 目 名 称**

**研 究 领 域 临床 □ 护理 □ 预防 □ 药学 □ 其他 □**

**所属学科名称 研究起止时间**

**承担单位（公章）**

**项目负责人**

**河南省卫生和计划生育委员会**

**河 南 省 医 学 科 学 院**

**2018年2月**

**说明**

1. **本申请书各项内容必须实事求是，逐项认真填写。表达要明确、严谨、详细、具体，内容请务必打印，必要时另附详细技术材料。凡填写内容不符合要求、手续不完备，不予受理。**
2. **申请者和协作者所在单位及其所属学术委员会必须认真评审，对项目的价值和可行性等提出具体意见，共同签章后当可上报。**

**中华人民共和国国家标准**

**学 科 分 类 与 代 码**

**Classification and code of disciplines**

**(GB/T 13745--92)**

**代码 学科名称 代码 学科名称 代码 学科名称**

**0**

**310·11 医学生物化学 320·2440 内分泌学 330·14 毒理学**

**310·14 人体解剖学 320·2445 风湿病学与自体免疫病学 330·21 流行病学**

**310·17 医学细胞生物学 320·2450 变态反应学 330·24 传染病学**

**310·21 人体生理学 320·2499 内科学其他学科 330·31 环境医学**

**310·24 人体组织胚胎学 320·27 外科学 330·34 职业病学**

**310·27 医学遗传学 320·2710 普通外科学 330·37 地方病学**

**310·31 放射医学 320·2715 显微外科学 330 . 41 社会医学**

**310·34 人体免疫学 320·2720 神经外科学 330·47 食品卫生学**

**310·37 医学寄生虫学 320·2725 颅脑外科学 330·51 儿少卫生学**

**310·41 医学微生物学 320·2730 胸外科学 330·54 妇幼卫生学**

**310·44 病理学 320·2735 心血管外科学 330·57 环境卫生学**

**310·47 药理学 320·2740 泌尿外科学 330·61 劳动卫生学**

**310·51 医学实验动物学 320·2745 骨外科学 330·64 放射卫生学**

**310·54 医学心理学 320·2750 烧伤外科学 330·67 卫生工程学**

**310·57 医学统计学 320·2755 整形外科学 330·71 卫生经济学**

**310·61 生物医学工程学 320·2760 器官移植外科学 330 · 81 卫生管理学**

**310·99 基础医学其他学科 320·2765 实验外科学 340 · 20 特种医学**

**320 临床医学 320·2799 外科学其他学科 350 药学**

**320·11 临床诊断学 320·31 妇产科学 350 · 10 药物化学**

**320·1140 医学影像学 320·34 儿科学 350 · 20 生物药物学**

**320·14 保健医学 320·37 眼科学 350 · 35 药剂学**

**320·1420 运动医学 320·41 耳鼻咽喉科学 350 · 40 药效学**

**320·1430 老年医学 320·44 口腔医学 520 · 60 计算机应用**

**320·17 理疗学 320·47 皮肤病学 840·7170 计划生育学**

**320·21 麻醉学 320·51 性医学 870 图书馆、情报与文献学**

**320·24 内科学 320·54 神经病学 880 教育学**

**320·2410 心血管病学 320·57 精神病学 910 · 4030 卫生统计**

**320·2415 呼吸病学 320·64 核医学**

**320·2420 结核病学 320·67 肿瘤学**

**320·2425 胃肠病学 320·71 护理学**

**320·2430 血液病学 330 预防医学与卫生学**

**简 表**

**编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **学科代码** | | |  | | | | **研究领域** | | **□预防医学 □护理 □临床医学 □药学 □其他** | | | | | | | | | | | |
| **技术类别** | | | **□国外技术 □省外技术 □自有技术 □成果 □专利** | | | | | | | | | | |
| **关 键 词** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **起止时间** | | |  | | | | | | **申请资助金额** | | | | |  | | | | | | |
| **申请人情况** | **姓 名** | | | **性 别** | | **出生年月** | | **学 历** | | | **学 位** | | | **职 称** | | | | **职 务** | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |
| **学术兼职** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **联系地址** | | |  | | | | | | | | | | | | **邮 编** | | |  | |
| **联系电话** | | | **办 宅** | | | | | | | | | | | | **手 机** | | |  | |
| **留学情况** | | | **国 月** | | | | **从事专业** | | | | |  | | | **E-mail** | | |  | |
| **近3年作为第一负责人承担科研课题** | | | **国家级（ ）项 省部级（ ）项 厅级局（ ）项**  **其他类（ ）项 获资助总额（ ）万元** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **近3年参加**  **科研课题** | | | **国家级（ ）项 省部级（ ）项 厅级局（ ）项**  **其他类（ ）项 获资助总额（ ）万元** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **近3年获得**  **科技成果奖（限前3名）** | | | **国家级（ ）项 省部级（ ）项 厅级局（ ）项**  **其他类（ ）项 获奖励总额（ ）万元** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在单位** | **名 称** | | |  | | | | | | | | **属 性** | | **□独立科研机构 □大专院校 □医疗卫生机构** | | | | | |
| **通讯地址** | | |  | | | | | | | | | | **邮编** | |  | | | |
| **联 系 人** | | |  | | | | | | | **电 话** | | |  | | | | **传真** |  |
| **项目简介**  **︵250**  **字**  **以**  **内**  **︶** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**研究人员**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **课题负责人情况** | | | | | | | |
| **姓 名** | **性别** | **年龄** | **民族** | **学 历** | **专业与职称** | **职 务** | **分 工** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **参加人员情况** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **研究目的和意义（包括研究背景和必要性分析；立论依据和应用价值分析）** |
| **国内外研究现状及发展趋势（包括有何国家、单位曾经或正在从事类似的研究，已经达到的水平，存在的主要问题以及发展趋势。本课题的技术关键，创新点和特色）** |

|  |  |
| --- | --- |
| **项目实施方案、技术路线（包括研究工作的总体安排、理论计算、实验设计、实验方法和步骤及其可行性论证，预计可能遇到的问题与解决方案）** | |
| **研究进度及完成期限（项目总进度、年度计划进展）** | |
| **研究的考核指标，预期阶段性成果、最终成果，经济社会效益及其推广应用（包括项目总体目标及考核指标。成果应写明推广应用或转让的可能性及社会、经济效益）** | |
| **研究已具备的条件和基础（1.研究场地；2.已有或可共享的主要实验设备；3.现有研究技术力量；4.已经或可能进行的预试验或实验。）** | |
| **申请者和主要合作者情况（1.申请者和主要合作者已承担其它研究任务、经费来源以及能用于本课题的时间；2.申请者和主要合作者近3年内发表的与本课题有关的主要论文、著作和科研成果名称。按人填写，注明发表于何时、何刊物）** |
| **项目实施的组织管理措施** |

**申请经费预算 金额单位：万元**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请经费总金额** |  | | **经费受理单位名称** | | | |  | | | | | |
| **开户银行及帐号** |  | | | | **本项目其它经费来源及金额** | | | |  | | | |
| **材料、器械、药品、动物、试剂名称** | **规格型号** | **数量** | | **单价** | | **金额** | | **用 途** | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | | | | |
| **小 计** |  |  | |  | |  | |  | | | | |
| **科研业务费** | **金额** | **需要理由及计算依据** | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
| **小 计** |  |  | | | | | | | | | | |
| **协作费**  **（协作者及单位名称）** |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
| **小 计** |  |  | | | | | | | | | | |
| **说明：1、通用仪器设备在本单位、本地区能够协作解决的不得列入；单位内通用的交通运输设备、复制**  **打印设备、音响录摄及放送设备、计算器、办公用品、家具等一般不应从申请经费中开支。**  **2、科研业务费系指：调查研究、学术会议、燃料动力、资料、实验动植购买养殖、劳务、计算测**  **试（使用本单位仪器设备应不收或只收消耗费）等费用。要逐项填列并具体说明需要理由及计**  **算根据。**  **3、协作费系指外单位所需要经费。本单位跨系、室协作不属此范围。**  **4、凡需外汇，须说明外汇来源及落实情况。** | | | | | | | | | | | | |
| **查新报告、参考文献目录** | | | | | | | | | | | |
| **申请者所在单位医学伦理委员会审查意见**    **伦理委员会主任委员（签章）**    **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **申请者所在单位学术委员会意见（包括学术意义、应用价值、学术思想有何创新、研究技术路线是否可行、研究实力是否具备、预期目标能否达到等）**  **学术委员会主任委员（签章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **申请者所在单位意见（包括经费预算是否合理、有无其它经费来源、能否保证人力、物力、工作时间等基本条件并监督研究计划的实施）**  **单位（盖章） 负责人（签章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **省辖市卫生计生委意见（省直医疗卫生单位不填此栏）**  **单位（盖章） 负责人（签章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | |
| **协作单位意见（应说明是否同意参加协作，能否保证协作人员工作时间和提供必要的条件）**  **协作单位（盖章） 负责人（签章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | |
| **评审委员会或同行评审意见**  **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |
| **河南省卫生和计划生育委员会审核意见**    **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |