江苏省医学会伦琴影像科研专项资金项目

**申 请 书**

项目类别：主中心

项目名称：

承担单位：

协作单位：

项目负责人：

联系电话：

申请时间： 2023年XXX月XXX日

**江苏省医学制**

**填写说明**

一、填写本申请书之前，请先查阅“江苏省医学会伦琴影像第二期科研专项资金项目招标通知”，按照有关规定认真填写。各项内容要求实事求是，表达要明确、严谨。外来语同时用原文和中文表达。

二、申请书需以下附件：

1．与合作单位或协作单位的合同书（或协议书）；

2．有动物实验的须出具医学实验动物和动物设施及实验人员合格证明；

3．涉及药物临床试验的，必须具备自主知识产权，同时提供相关证明（如院内制剂相关证明等）；

4．凡涉及临床试验的，需提供本单位医学伦理学批件；

5．凡涉及人类遗传资源（含有人体基因组、基因及其产物的器官、组织、细胞、血液、制备物、重组脱氧核糖核酸构建体等及其产生的信息资料）的，有境外合作内容的，必须按照有关规定办理报批手续；

6.项目负责人在职证明、身份证复印件

7.其他证明材料，与本项目相关的其他材料

|  |
| --- |
| **一、项目负责人基本情况** |
| 学习经历 |
| 工作经历 |
| 主要科研和成果 |
| 发表的主要论文 |
| 1. **项目摘要**（包括项目背景、项目目标、项目架构、项目方法、项目结果、项目总结等） |
| **三、立项依据**（包括国内外研究现状、发展趋势、理论与实践依据、研究目的意义等） |
|  |
| **四、研究内容**（包括研究目标、关键技术和创新之处、应用前景、预期达到的主要技术指标、学术水平等） |
|  |
| **五、研究方法和技术路线**（包括研究工作总体思路、预试验结果、技术方案、实验方法、数据处理及现有工作基础等） |
|  |
| **六、实施进度和考核指标**（以半年为节点） |
|  |
| **七、具备的研究条件** |
| 1. 项目负责人研究成绩简介（近五年主要研究工作、出版著作、代表性论文、专利、研究成果获科技进步奖情况）：   2．支撑条件（包括必需的设备、实验室条件、动物试验情况等） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **八、项目组成员** | | | | | | | | | |
|  | 姓名 | 单位 | 性别 | 出生年月 | 专业 | 专业技术职务 | 学位 | 承担工作 | 签字 |
| 项目负则人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加项目研究人员 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **九、经费预算** | | | | | | |
| 经费预算总额及分类 | 科 目 | 名 称 | 单 价  （万元） | 数量 | 主要依据 | 金 额  （万元） |
| 设 备 费 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 业务费 | 差旅费 |  |  |  |  |
| 会议费 |  |  |  |  |
| 实验耗材费 |  |  |  |  |
| 资料费 |  |  |  |  |
| 编辑、印刷、出版费 |  |  |  |  |
| 劳务费 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 总计： 万元，  其中自筹 万元，申请拨款 万元。 | | | | | |
| 注：经费预算分类及科目应详细，栏目不够可自行增加。 | | | | | | |
| **十、科室和单位意见**（对立项后能否保证项目实施所需的人、财、物、时间等提出具体意见） | | | | | | |
| **科室意见**  科室负责人（签字）：  时间：  **单位意见**    单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **十一、江苏省医学会审批意见** | | | | | | |
| **审批意见**  签章：  年 月 日 | | | | | | |