附件

**药品临床综合评价项目申报书**

**项目名称：**

**负 责 人： 电话：**

**所在单位：**

**联 系 人： 电话：**

**填表日期**：

填 写 说 明

为建立统一、规范的研究项目信息管理制度，特设计《药品临床综合评价专项资助项目申报书》格式和填写要求。

一、请严格按照表中要求填写各项。

二、项目申报书中第一次出现外文名词时，要写清全称和缩写，再出现同一词时可以使用缩写。

三、组织机构代码是指项目负责人所在单位组织机构代码证上的标识代码，它是由全国组织机构代码管理中心所赋予的唯一法人标识代码。

四、填写人员应客观、真实地填报报告材料，尊重他人知识产权，遵守国家有关知识产权法规。在项目申报书中引用他人研究成果时，必须以脚注或其他方式注明出处，引用目的应是介绍、评论与自己的研究相关的成果或说明与自己的研究相关的技术问题。对于伪造、篡改科学数据，抄袭他人著作、论文或者剽窃他人科研成果等科研不端行为，一经查实，将记入信用记录。

一、项目基本信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | |  | | |
| 项目  负责人  信息 | 申报单位 |  | | |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生日期 |  | 职称 |  |
| 最高学位 |  | 从事专业 |  |
| 移动电话 |  | 电子信箱 |  |
| 工作年限 |  | 身份证号 |  |
| 合作  单位  信息 | 序号 | 单位名称 | 负责人 | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

二、项目摘要

|  |
| --- |
| 摘要（500字以内）： |

三、项目立项的必要性分析

|  |
| --- |
| （研究背景，包括疾病情况、疾病负担、治疗方案等方面阐述立项必要性） |

四、项目目标与任务

|  |
| --- |
| 1. 研究目的 |
|  |
| 2. 研究内容 |
|  |
| 3. 研究方法与技术路线 |
|  |

五、项目评价考核指标及成果预评价

|  |
| --- |
| 1. 项目相关评价考核指标 |
| （包括技术指标、社会经济效益指标、成果指标等） |
| 2. 项目结果预评价及成果转化 |
| （包括项目预计结果分析、可能的影响因素，项目成果转化方向等） |

六、年度计划及阶段目标

|  |  |
| --- | --- |
| **时间** | **计划或目标** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

七、基础条件和优势

|  |
| --- |
| 7.1 项目负责人所在单位和联合单位、团队的基本情况（包括与项目实施相关的实力和基础，以往的业绩和成就，承担相关项目情况） |

7.2 项目的主要人员情况（不含项目负责人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 年龄 | 性别 | 职称 | 学位 | 单位名称 | 电话 | 项目分工 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 7.3项目负责人及骨干承担的药物评价相关研究情况（请填写,如有未尽事宜应进行说明） |

八、单位意见

|  |
| --- |
| 项目所在单位意见    代表人签字：    单位盖章：  年 月 日 |

九、声明

本项目负责人和项目单位承诺：

项目申报书所有信息真实准确，所有承诺诚信可靠。如有失实，愿意承担相关责任。

项目负责人签字：

项目负责人所在单位代表人签字：

年 月 日