附件2

国家中医药传承创新发展试验区（南阳）专项课题申请书

|  |  |
| --- | --- |
| 课 题 名 称： |  |
|  |  |
| 课 题 负 责 人： |  |
| 第 一 承 担单 位： |  |
| 邮　 政　编　 码： |  |
| 通　 讯　地　 址： |  |
| 电 话： |  |
| 传 真： |  |
| 电子信箱（E-mail）： |  |
| 填 报 日 期： |  |
|  |  |

南阳市中医药管理局

二○二五年制

**一、基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 课题类别 | □临床研究类 □临床中药研究类 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位 |  | | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | | | |  | | | | |
| 地 址 |  | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | |  | | | | |
| 协作单位 |  | | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | | | |  | | | | |
| 地 址 |  | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | |  | | | | |
| 申 请 人 | 性 别 | | |  | | | 出生年月 | | | | |  | | | | | 民 族 | | | | | |  | | | |
| 学 历 | | |  | | | 学 位 | | | | |  | | | | | 职 称 | | | | | |  | | | |
| 曾入选何种人才培养计划 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 课题组人员 | 总数 | | 平均年龄 | | | | | 男 | | 女 | | | 高级 | | | | | 中级 | | 初级 | | | | | 其他 | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | |
| 博 士 | | | | 硕 士 | | | | | | | | | 学 士 | | | | | | | | | | 其他 | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
| 承担及协作单位 | 总数 | 研究院所 | | | | 学校 | | 社会团体 | | | 事业单位 | | | | | 国有企业 | | | | | 民营企业 | | | | | 其他 |
|  |  | | | |  | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  |
| 预期研究结果体现形式 | □论文 □著作 □软件 □标准 □其他（请注明）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □新方法 □新方案 □新诊疗设备 □新药前期研究 □新药 □新制药技术 □新药材技术 □其他（请注明）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 计划周期 | 年 月 至 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研究总经费 | （万元） | | | | | | | | 申请资助经费 | | | | | | | | | | （万元） | | | | | | | |
| 单位匹配经费 | | | | | | | | | | （万元） | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研  究  内  容  和  预  期  成  果 | 摘  要 |  |
| 主题词 | | 1、主题词限填两个；2、主题词之间空一格；3、按《医学主题词表MESH》填写 |
|  |

**二、课题组情况**

**1、主要成员**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 所在单位 | 课题中分工 | 工作  月数 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2、课题组成单位及分工**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 通讯地址及邮政编码 | 单位性质 | 承担  任务 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**三、课题申请者情况**

|  |
| --- |
| 1. 课题申请者学习、工作简历（以时间先后为序） |
| 1. 研究成绩简介：近三年来承担主要课题（课题名称、任务来源、起止时间、负责或参加）主要科研成果（论文、专著及成果名称，作者顺序及获奖专利情况）等。请附相关资料的复印件。 |

四、课题内容

|  |
| --- |
| 1、国内外相关研究进展、现状分析。 |
| 2、课题研究意义和立题依据。 |
| 3、研究方法、技术路线、设计方案。  4、本项目的特色与创新之处。 |

|  |
| --- |
| 5、年度计划及考核指标（时间安排以季度或月为单位）。 |
| 6、现有技术基础：与本课题相关的以往研究工作积累和工作成绩（只需列出题目、发表论文出处、作者及主要完成单位等）预试验情况、技术力量等。    （若页面不敷，可另加页）  7、研究工作条件：已具备的实验条件，尚缺少的实验条件和拟解决的途径，包括利用实验室和临床研究基地的计划与落实情况。 |
| 8、实验研究场所：登记实验室名称、编号及所属单位。 |

**五、经费预算：（单位：万元）**

1、经费来源：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 经 费 来 源 | 金 额 | 使 用 计 划 | |
| 年（第一年） | 年（第二年） |
| 市中医药管理局资助 |  |  |  |
| 申请单位匹配 |  |  |  |
| 自筹及其他 |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |

2、经费预算分类细目：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科 目 | 细 目 | 规格 | 数量 | 单价 | 经费预算 | 备注 |
| 科研业务费 | 1. 调研咨询 2. 学术交流及发表论文 3. 查新检索 4. 资料印刷 5. 其他（请注明） |  |  |  |  |  |
| 消耗性实验材料费 | 1. 实验动物 2. 实验动物饲料 3. 试剂（请注明） 4. 实验用品（请注明） 5. 其他（请注明） |  |  |  |  |  |
| 消耗性临床材料费 | 1. 化验 2. 检查 3. 临床观察 4. 其他 |  |  |  |  |  |
| 仪器设备租赁使用费 |  |  |  |  |  |  |
| 科研协作费 |  |  |  |  |  |  |
| 其 他 |  | | | | | |

**（**若页面不敷，可另加页**）**

**六、审核**

|  |
| --- |
| 所在单位审核意见  单位（公章） 负责人（签章）： 年 月 日 |
| 协作单位意见  单位（公章） 负责人（签章）： 年 月 日 |
| 各县（市、区）中医药管理局（卫健委、卫生健康服务中心）审核意见（医学高等院校、市直（管）医疗卫生单位不填此栏）  单位（公章） 负责人（签章）： 年 月 日 |
| 南阳市中医药管理局审核意见  单位（公章） 负责人（签章）： 年 月 日 |