

**罕见突变非小细胞肺癌领域创新疗法临床科研资助项目**

**申请书**

项目名称：

项目申请人：

手 机： 电子邮箱：

申请日期：

**北京生命绿洲公益服务中心**

**2024年监制**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号码 |  | 民族 |  |
| 学位 |  | 职称 |  |
| 电话 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 工作单位 |  |
| 所在部门 |  |
| 依托单位信息 | 单位名称 |  |
| 联系人 |  | 电子邮件 |  |
| 电话 |  | 网站地址 |  |
| 伦理委员会 名称 |  |
| 既往科研成果 |  |
| 项目概况 | 概述项目所开展的研究内容，重点说明研究所要达到的目的，研究的科学意义及必要性，项目方案等。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申请需求 | 例 文章修改润色 |
| 项目申请人承诺 | 项 目 申 请 人 承 诺我保证申请书内容的真实性。如果获得资助，我将严格遵守北京生命绿洲公益服务中心《项目管理办法》,保证项目完全满足我国《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》、《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》等国家相关法律法规规定若填报失实和违反规定，本人将承担全部责任。项目技术成果及知识产权由北京生命绿洲公益服务中心和本人共享。  申请人签字： 年 月 日 |
| 专家评审结果 |  |
| 北京生命绿洲公益服务中心签批 | 北京生命绿洲公益服务中心(盖章) 月 日 |

**附件 1 伦理批件**

**附件 2 初稿**