**异基因造血干细胞移植后GVHD诊治临床课题研究公益项目**

**申请书**

**项 目 名 称：** 填写课题名称

**申请医院/科室： 医院名称+科室**

**课题负责人：**

**通 讯 地址：**

**联 系 电话：**

**电 子 邮箱：**

**申 报 日期： （例如：2023年5月20日）**

**项目起止时间： （例如：2023年6月1日—2025年2月28日）**

**申请总金额： （例如：10万元/100000元/壹拾万元整）**

此表由北京生命绿洲公益服务中心异基因造血干细胞移植后GVHD诊治临床课题研究公益项目办公室编制，解释权归项目办公室。

**一、申请医院基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请医院** |  | **医院级别** |  |
| **申请科室** |  | **科室负责人** |  |
| **职务** |  | **联系方式** |  |
| **邮箱** |  | | |

**二、项目基本情况：**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **项目摘要** |  |

**三、项目专家组成员：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职称** | **学位** | **身份证号** | **单位名称/科室** | **电话** | **承担任务** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

**四、项目资金预算表 金额单位：元**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **课题内容** | **预算说明** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **合计** | |  | |

**五、报告正文（中文）**

（内容包括：立项依据、研究内容、研究目标、研究方法、统计方法等）

|  |
| --- |
|  |

**六、研究进度与考核指标**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时间（年、月）** | **研究内容** | **考核指标** |
|  |  |  |

**七、管理条款**

1. 研究医院必须按要求向主办方提交中期进展报告及项目报告，逾期不报，将停拨经费，主办方对报告进行书面审核或汇报审核。

2. 研究医院在课题执行中不可调整研究内容。

**八、申请者承诺**

申请者承诺：

我保证申请书内容的真实性。如果获得资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守北京生命绿洲公益服务中心异基因造血干细胞移植后GVHD诊治临床课题研究公益项目的有关规定，按照本申请书所述，切实保证研究工作时间，认真开展工作，按时报送有关材料。若填报失实和违反规定，本人将承担外全部责任。

**申请者（签字）：**

**日期：**

**医院（敲章）：**

**日期：**