**全晚期非小细胞肺癌合并活动性肺结核受试者一线接受含铂双药化疗联合替雷利珠单抗安全性及有效性的临床研究**

**项目申请书**

**项 目 名 称：**

**申请医院/科室：**

**课题负责人：**

**通 讯 地址：**

**联 系 电话：**

**电 子 邮箱：**

**申 报 日期：**

**项目起止时间：**

**申请总金额：**

此表由北京生命绿洲公益服务中心晚期非小细胞肺癌合并活动性肺结核受试者一线接受含铂双药化疗联合替雷利珠单抗安全性及有效性的临床研究项目办公室编制，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晚期非小细胞肺癌合并活动性肺结核受试者一线接受含铂双药化疗联合替雷利珠单抗安全性及有效性的临床研究项目的有关规定，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：**