**请仔细阅读本页注意事项**

1. 本合同适用于基金会**资助公立医院**的的医学研究。
2. 签订前请认真**核实医院是否属于公立医院**。
3. 仔细阅读本合同条款，对于不符的需依据项目实际情况予以修改。
4. 签订前确认对方送达地址与收款信息是否正确。
5. 签订前请认真核实对方是否经过合法登记。
6. 项目名称不得简写，需与立项文件保持一致。
7. 项目信息简表填写真实信息，不得随意填写虚假信息或者伪造个人信息。
8. 付款方式按照项目的实际情况予以更改填写，金额大写与小写保持一致，请仔细核实大写金额是否正确无误。
9. 补充合同空白信息，不得留空白。
10. **盖章只能是公章或者合同专用章，原则上，医院科室的章不能对外签订合同，如医院已经规定科室可以对外签订合同且已与他方签订合作，医院坚持用科室章签订时，医院该科室对外签订合同的，需出具授权委托书。**
11. 签订日期需要填上。

**中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目**

**研究专项申请书**

**项目课题名称：**

**项目编号：**

**项目期限：自 年 月 日起至 年 月 日止**

**项目资助单位（甲方）： 北京生命绿洲公益服务中心**

**项目负责人（研究者）：**

**电话： 手机：**

**电子邮箱：**

**项目医院（乙方）： 医院名称**

**通信地址及邮编：**

**填表日期**

一、**说　明**

一、请认真阅读本填报说明,认真填写本《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项合同书》。

二、本《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项合同书》与《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项申请书》一起，作为项目经费支付和验收的依据。

三、本《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项合同书》的经费预算与《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项申请书》中的经费预算应当一致。

四、《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项申请书》的各项承诺与《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项合同书》的各项条款同时有效。

五、请将本《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项合同书》打印一式肆份并签章，在规定时间内寄送至甲方。

**二、项目信息简表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目负责人信息** | 姓名 |  | 性别 | |  | 出生日期 | | |  | | 民族 |  |
| 学位 |  | 职称 | |  | | | | 身份证号 | |  | |
| 电话 |  | | | | 手机 | | |  | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | |
| 所在部门 |  | | | | | | | | | | |
|  | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 | | |  | | | | |
| 网站地址 |  | | | | | | | | | | |
| 伦理委员会  名称 |  | | | | | 开具的票据名称 | | | |  | |
| **项目组成员** | 姓名 | 身份证号 | | 医院/科室 | | | 职称 | | | 电话 | 职责 | 签字 |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |  |
| **研究课题信息** | 研究课题 |  | | | | | | | | | | |
| 执行期限 |  | | 伦理审批件的有效期 | | | | | |  | 学科领域 |  |
| 研究性质 | □试验性研究 □观察性研究 □回顾性研究 □前瞻性研究 | | | | | | | | | | |

**三、课题研究方案**

**一、研究背景、目的、立论依据、国内外研究现状等**

**二、研究的主要内容（包括包括试验设计、研究分组、干预措施、主要和次要研究指标）**

**三、研究具体方法（包括入排标准、样本量计算、研究分组、干预及对照、研究具体过程、主要和次要研究指标及统计分析等）**

**四、伦理原则**

**五、计划及进展**

**六、预期成果价值**

**七、其他**

1. **项目负责人承诺书**

本人接受中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目的资助，将按照《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项申请书》和本《中国多重耐药革兰阴性菌感染诊治临床课题研究公益项目专项合同书》，负责实施本项目，严格遵守中国初级卫生保健基金会的相关资助规定，切实保证研究工作时间，认真开展研究工作，按时报送有关材料，保证收到每笔资助经费的10个工作日内办理好并寄交合法有效的票据，及时报告重大情况变动，对资助项目发表的论著和取得的研究成果按规定进行标注。

项目负责人（签字）：

日期： 年 月 日

医院（盖章）：

日期： 年 月 日

**五、经费开支预算** （单位：万元人民币）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科 目** | **经费** | **备注（计算依据和说明）** |
| **一、直接费用** | **/** | **/** |
| 1、设备费 | **/** | **/** |
| (1)设备购置费（5万元以下） | **/** | **/** |
| (2) 设备租赁费 | **/** | **/** |
| 2、材料费 |  |  |
| 3、测试化验加工费 |  |  |
| 4、燃料动力费 | **/** |  |
| 5、差旅费 | **/** | **/** |
| 6、会议费 | **/** | **/** |
| 7、国际合作与交流费 | **/** |  |
| 1. 档案/出版/文献/信息传播/知识产权事务费 | / | / |
| 9、劳务费 | / |  |
| 10、咨询费 | **/** | **/** |
| 11、其他费用 | **/** | **/** |
| **二、间接费用**  （不超过直接费用扣除设备购置费后的20%核定） | **/** | **/** |
| **总计** | **￥： （人民币大写： ）** | |