**心血管病学精准诊断与治疗创新课题研究项目**

**研究申请书**

**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）：**

**通信地址及邮编：**

**填表日期**

一**、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 | | | | | | | | | | |

**二、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**

1. **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**

**三、项目负责人承诺书**

本人接受心血管病学精准诊断与治疗创新课题研究项目的资助，将按照《心血管病学精准诊断与治疗创新课题研究项目》负责实施本项目，严格遵守北京生命绿洲公益服务中心的相关资助规定，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）：

年 月 日

**四、经费开支预算** （单位：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： ）** | |