**中青年医师科研能力提升基金项目**

**申请书**

**项目 名 称：**

**申请人姓名：**

**申请人职称：**

**所在单位及科室：**

**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：**

**一、申请人基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **年 龄** |  |
| **性 别** |  | **学 位** |  |
| **科 室** |  | **职 称** |  |
| **职 务** |  | **电 话** |  |
| **身份证号** |  | | |

**二、项目基本情况：**

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

**三、项目组成员：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |  |  |  |  |  |  |

**四、项目资金预算表 金额单位：元**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科目名称** | **经费** | **预算说明** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **合计** | |  | |

**备注：是否需要基金会购买第三方平台服务（CRC、检测）**

**需要 □**

**不需要 □**

**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. 研究者必须按要求向基金会提交中期进展报告及结题报告，逾期不报，将停拨经费，基金会对报告进行书面审核或汇报审核。**

**2. 研究者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，严格遵守中国初级卫生保健基金会创新公益办公室的有关规定，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：**