附件2

天津市中医药重点领域科研课题

申请书

课题名称：

课题编号：

申报单位：

申 报 人：

联系电话：

电子邮箱：

天津市卫生健康委员会

2023年制课题基本信息

|  |  |
| --- | --- |
| 课题名称 |  |
| 研究领域 |  | 编号 |  |
| 申报单位 | 名称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 单位性质 | □大专院校□科研院所□医疗机构□企业□其它 |
| 上级行政主管部门 |  |
| 主要参加单位 | 1 |   |
| 2 |  |
| 3 |  |
|  |  |
| 申报人 | 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 学 历 |  |
| 职 称 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| 主要研究内容(300字以内) |  |
| 项目目标及考核指标(500字以内) |  |
| 预期成果形式 | □新技术 □新工艺 □新产品 □新材料 □新装备□论文论著 □研究（咨询）报告 □其它 |
| 研究周期 | 2024年1月至2026年12月 |
| 研究经费 | 总经费 |  万元 | 资助经费 | 10万元 |

一、课题研究目标

1.立项依据（限1000字，相关背景材料放入附件1）

2.研究目标

3.研究思路或假说

二、课题前期基础和拟解决的关键问题

1.前期研究基础（只需列明题目、发表论文出处、第几完成单位、研究内容论点和研究摘要。请按照重要程度排序，前3篇文章纳入附件2）。

2.拟解决的关键问题

3.研究特色、创新点

4.可行性分析

三、课题研究任务和技术路线

1.研究内容

2.研究方法

3.技术路线

四、考核指标

五、课题预期成果及应用前景

六、课题年度执行计划（按照半年填写）

（格式要求：请使用宋体四号字，25磅行距）

七、课题组成员

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题组主要成员 | 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 专业 | 学位 | 职称 | 所在单位 | 课题中的分工 | 研究时间（月/年） |  签名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

八、经费概算

 单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科目 | 资助经费 | 自筹经费 | 备注（简要说明测算依据） |
| 1．设备费 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 8．档案/出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |  |
| 9．劳务费 |  |  |  |
| 10．专家咨询费 |  |  |  |
| 11．其他费用 |  |  |  |
| 12．管理费 |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |
|  |
|  | 经费使用计划 |
| 第一年 | 第二年 | 第三年 |
| 资助经费 | 3 | 4 | 3 |
| 自筹经费 |  |  |  |

九、保证与审核

|  |
| --- |
| 课题组承诺：我代表全体课题组成员保证所填报的内容和提供的材料是真实的、没有虚假。如获资助，我们将严格执行《天津市卫生健康委员会中医中西医结合科研项目管理办法》的有关规定，以科学态度严肃认真开展工作、保证研究工作时间，按时报送有关材料。 课题组第一申请人：（签字） 年 月 日 |
| 本单位保证在本课题获得资助后做到以下几点（在方框中划“✓”）：□严格遵守专项项目使用及管理的有关规定；□提供本课题实施过程中所需人力、物力和工作时间等条件的支持；□督促本单位科管部门及课题组按时报送有关材料；□匹配研究经费。单位（公章） 单位法人（签章） 年 月 日 |
| 合作单位审核意见（同上）第1合作单位（公章） 第2合作单位（公章） 第3合作单位（公章）负责人（签章） 负责人（签章） 负责人（签章）年 月 日 年 月 日 年 月 日 |
| 市卫生健康委意见： 市卫生健康委（盖章） 年 月 日 |

十、附件

1.国内外研究进展等背景资料

2.前期工作基础