重庆市荣昌区人民医院

医学科研培育基金申报书

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： |  |
| 申请科室： |  |
| 申 报 人： |  |
| 联系电话： |  |
| 起止时间： |  |
| 申报日期： |  |

重庆市荣昌区人民医院

二〇二二年十二月制

**填 写 说 明**

1. 本申报书适用于荣昌区人民医院科技项目申报。

二、申报的项目应符合荣昌区人民医院发布的项目申报指南要求。项目名称总字数限30字（含数字和字母）内。

三、申报书基本信息表中涉及研究内容、考核指标等内容，原则上将成为项目任务书的主要内容，请慎重填写。“考核指标”中“约束性指标”是指申报人员必须达成的考核指标，如无法达成，则考核不合格；“选择性指标”是指申报人员在满足约束性指标的基础上，反映项目成效的其他指标。

四、申报人员为本院内医疗、医技、护理等人员。

五、项目负责人应当符合《重庆市荣昌区人民医院科研管理办法》的有关规定，具有良好的信誉和完成项目的能力。

六、项目负责人及成员应在申报书上亲自签名，交由所属科室审核确认后统一报送科教科，再报送学术委员会、院委会讨论；报送本申报书到科教科时，除提交用A4纸张打印的纸质文档一式二份外，同时提供电子文档。

一、基本信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人信息 | 姓名 |  | | | | | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学位 |  | | | 职称 | |  | | 学历 |  |
| 手机 | | | |  | | | | 电子邮箱 |  |
| 项目联系人 | | | |  | | | 手机 |  | |
| 合作单位 | 单位名称 | | | | | | | 单位性质 | 联系人 | 联系电话 |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
| 合作科室 | 科室名称 | | | | | | | 科室类别 | 联系人 | 联系电话 |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
| 项目基本信息 | 项目名称 | |  | | | | | | | |
| 项目开始时间 | | |  | | | | 完成截止时间 | |  |
| 投资  （万元） | | 总投资 | | | 其 中 | | | | |
| 单位资助经费 | | | 自筹经费 | 其他经费 |
|  | | |  | | |  |  |

二、研究内容

1. 研究背景及立项依据

2. 主要研究内容

3. 研究基础与条件

4. 预期达到目标

5. 项目结题标准

|  |
| --- |
| （1）项目实施完成后要形成研究报告或技术报告 份，其主要内容  包括： 。  （2）发表论文 篇（获资助经费2万元的，要求为中文核心及以上；获资助经费12万元的，要求为SCI，且影响因子在1.0以上）。  （3）获批项目 项（获资助经费2万元的，要求为厅局级重点项目及以上；获资助经费12万元的，要求为省部级一般项目及以上）。  注：第（1）条为必须完成；第（2）条和第（3）条满足其中之一，即可达到结题条件。 |

三、项目实施年度与进度计划

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 实施年度计划 | 实施进度计划说明及指标（目标） | |
| 时间阶段进度计划 | 完成指标（目标）进度计划 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

四、项目组主参研人员情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 职务 | 职称 | 专业 | 科室 | 联系电话 | 项目中分工 | 签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 项目经费预算(单位：万元)

重庆市荣昌区人民医院经费预算表

单位：万元

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 经费来源 | | | 经费支出 | | | |
| 序号 | 科目 | 概算数 | 序号 | 科目 | 其中 | |
| 单位资助 | 其他经费 |
| 1 | 单位资助 |  | 一、直接费用 | |  |  |
| 2 | 其他经费 |  | 1 | 设备费 |  |  |
|  |  |  | 2 | 业务费 |  |  |
|  |  |  | 3 | 劳务费 |  |  |
|  |  |  | 二、间接费用 | |  |  |
| 1 | 管理费 |  |  |
| 2 | 绩效支出 |  |  |
| 3 | 其他 |  |  |
| 合 计 | |  |  |
| 来源合计 | |  | 支出合计 | |  | |

项目经费预算应严格参照《国务院办公厅关于改革完善中央财政科研经费管理的若干意见》（国办发〔2021〕32号）文件编制执行。

六、申请者承诺

|  |
| --- |
| 我保证上述填报内容的真实性。如果获得资助，我与本项目组成员将严格遵守《重庆市荣昌区人民医院科研管理办法》的有关规定，切实组织好项目实施工作，保证按时报送有关材料，按要求做好结题工作。  项目负责人（签字）：  年 月 日 |

七、项目承担科室审查意见与承诺

|  |
| --- |
| 已按有关规定对申请人进行了资格审查，对申请书内容进行了审核，情况属实，并承诺：  （1）保证对研究计划实施所需的人力、物力、和工作时间等条件给予支持。  （2）督促项目负责人按荣昌区人民医院的规定及时报送有关报表和材料并按期结题。  科室负责人（签字或签章）  年 月 日 |

八、合作科室意见

|  |
| --- |
| 同意参加本项目合作，保证对参加合作人员时间及工作条件的支持、督促其按计划完成所承担的任务。  合作1（签字） 合作科室2（签字） 合作科室3（签字）  年 月 日 年 月 日 年 月 日 |

九、项目合作单位意见

|  |
| --- |
| 同意参加本项目合作，保证对参加合作人员时间及工作条件的支持、督促其按计划完成所承担的任务。  合作单位1（盖章） 合作单位2（盖章） 合作单位3（盖章）  年 月 日 年 月 日 年 月 日 |

十、医院学术委员会审查意见

|  |
| --- |
| 审查意见：  学术委员会（盖章）  年 月 日 |

十一、医院审查意见

|  |
| --- |
| 审查意见：  （盖章）  年 月 日 |