**上海交通大学医学院附属第九人民医院**

**上海市耳鼻疾病转化医学重点实验室**

**开放课题基金项目**

申 请 书

项目编号

项目名称

申 请 者

承担单位

合作单位 上海交通大学附属第九人民医院

起止年月

申请日期 2022年7月1日-2024年6月30日

**上海交通大学医学院附属第九人民医院**

**2022年7月制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究项目 | | 项目名称 | |  | | | | |
| 研究方向 | |  | | | | |
| 起止年月 | | 2022年7月1日-2024年6月30日 | | | | |
| 资助金额 | |  | | | | |
| 申请人 | | 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 职 称 | |  | 最高学位 |  | 科 室 |  |
| 单 位 | |  | | | | |
| E-Mail | |  | | | 电 话 |  |
| 联系人 | |  | | | 电 话 |  |
| 合作人 | | 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 职 称 | |  | 最高学位 |  | 科 室 |  |
| 单 位 | | 上海交通大学医学院附属第九人民医院 | | | | |
| E-Mail | |  | | | 电 话 |  |
| 联系人 | |  | | | 电 话 |  |
| 课题组成员 | 姓名 | | 单位 | | 出生年月 | 职称 | 项目分工 | 签字 |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |

**二、项目内容摘要**

|  |
| --- |
| 项目内容摘要（500字以内） |

**三、立项依据**

|  |
| --- |
| 1、立项依据（包括国内外研究现状、研究的意义等，附主要参考文献） |

**四、项目研究内容、预期目标、创新点及特色**

|  |
| --- |
| 1、研究目的（目标明确，请提出需要解决的具体科学问题，即主要研究目的、次要研究目的）  2、研究内容（此部分为重点阐述内容）  3、研究方案及技术路线  4、创新性及特色 |

**五、项目申请人资历、研究基础与工作条件**

|  |
| --- |
| 1、项目申请人情况  （1）申请人简介（500字以内）  （2）2017年以来主持的项目  （3）代表性论文  （4）其他代表性成果  2、实现本课题预期目标已具备的研究基础与条件 |

**六、预期取得成果与考核指标**

|  |
| --- |
|  |

**七、项目实施年限及年度计划安排**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目实施总年限** | **2年** |
| **年度计划安排** | |
| **时间进度** | **主要研究目标及考核指标** |
| 20 年 月-20 年 月 |  |
| 20 年 月-20 年 月 |  |
| 20 年 月-20 年 月 |  |
| 20 年 月-20 年 月 |  |

**八、经费预算**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科目** | **金额（万）** | **计算依据** |
| 1. 材料费 |  |  |
| 2. 测试化验加工费 |  |  |
| 3. 差旅/会议/国际合作与交流费 |  |  |
| 4. 出版物/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |
| 5.劳务费（不超过20%） |  |  |
| 6. 专家咨询费 |  |  |
| **总计** |  |  |

**九、项目负责人承诺**

|  |
| --- |
| 我保证上述填报内容真实、准确。如果获得资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守临床研究项目的有关规定，切实保证研究工作时间，按计划认真开展研究工作，按时报送有关材料，若填报失实或违反有关规定，本人将承担全部责任，同意项目暂停或终止。    项目负责人（签字）      年 月 日 |

**十、依托单位意见**

|  |
| --- |
| 已对申请人的资格和申请书内容的真实性、科学性、合规性进行了审核，同意推荐。申请项目如获资助，我单位保证对项目实施所需要的人力、物力和工作时间等条件给予保障，并将严格按照有关规定，督促项目申请人和项目组成员及时报送有关材料。    依托单位（公章）    年 月 日 |

**十一、实验室审批意见**

|  |
| --- |
| * 同意资助，资助金额\_\_\_\_\_­\_\_\_\_万元。 * 不同意资助。   实验室主任（签章）  上海市耳鼻疾病转化医学重点实验室（公章）  年 月 日 |