**首都医科大学重点实验室**

**开放研究课题申请书**

**重点实验室名称：**\_

**批复部门：**

**课题名称：**

**学科领域：**\_\_ \_\_\_\_\_\_

**申请人：** \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**所在单位：**\_\_ \_

**申请日期**：\_ \_\_\_\_\_\_

首都医科大学科技处

二Ο一五年一月

1. **简表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **研究课题** | 课题名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 研究类别 | | A、基础研究 B、应用基础研究（） C、 应用研究 D、开发研究 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请经费 | | 万元（注：填写总经费，其中首医经费 万元，） | | | | | 起止时间 | | | | 年 月至 年 月 | | | | | |
| **申**  **请**  **人** | 姓 名 | | | |  | | 性别 | | | |  | | 出生年月 | | | 年 月 | |
| 专业技术职务 | | | |  | | 学位 | | | | A、 博士 B、硕士 C、学士 | | | | | | |
| 研究方向 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位系（所） | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 邮政编码 | | | |  | | | | 联系电话 | | | | |  | | | |
| **课**  **题**  **组**  **成**  **员** | | 姓名 | | 出生年月 | | 专业技术职务 | | | | 所在单位 | | | | | 课题中的分工 | | 签字 |
|  | |  | |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | |  | |  |
| 研  究  内  容  和  **意**  **义**  **摘**  **要**（限300字） | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

**二、立项依据**

|  |
| --- |
| 本项研究方向的现状及发展趋势，本项研究的实际意义和理论意义。 |

**三、研究内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 本项研究的基本内容，预期取得的突破和创新。 | |
| **四、研究方案** | |
| 本项研究的思路和方法，研究工作进度计划。 | |

**五、研究基础**

|  |
| --- |
| 课题申请人的学术经历，与本课题有关的前期研究成果，完成研究任务所具备的条件和基础。 |

**六、成果形式**

|  |
| --- |
| 本项研究的最终成果形式、成果署名、成果转化方式、去向及预期效益。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 度  项 目 | 2021年 | 合计（万元） |
| 1材料费 |  | （其中首医经费 万） |
| 2 测试化验加工费 |  | （其中首医经费 万） |
| 3出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  | （其中首医经费 万） |
| 总计（万元） |  | （其中首医经费 万） |

**七、经费预算**

|  |
| --- |
| **八、申请人承诺** |
| 签字：    年 月 日 |

|  |
| --- |
| **九、申请人所在单位意见** |
| 单位公章：    年 月 日 |

|  |
| --- |
| **十、实验室学术委员会意见** |
| 立项的必要性、研究方案的可行性、经费预算的合理性等    实验室学术委员会主任签章：    年 月 日 |
| **十一、实验室意见** |
| 实验室负责人签章：    年 月 日 |
| **十二、学院/医院意见** |
| 已对申请人的资格和申请书内容进行了审核。情况属实，同意立项申报，并严格遵守上级部门和学校有关实验室的管理规定，督促课题负责人和实验室按照相关规定报送相关材料。  并提供配套经费 万元（医院填写）。  负责人签章： 公章：  年 月 日 |

|  |
| --- |
| **十三、学校科技处意见** |
| 单位公章：    年 月 日 |