附件1

|  |  |
| --- | --- |
| 课题编号： |  |
| 课题密级： |  |

中关村玖泰药物临床试验技术创新联盟课题

申 请 表

（参考样式）

课题名称：

申请单位：

课题负责人：

申请日期：

填表说明

一、本表由课题负责人填报。

二、本表是课题评审的主要依据。研究目标、内容和研究方法应科学合理、实事求是，证明材料应真实可信。

三、封面上的“编号”系指中关村玖泰药物临床试验技术创新联盟对研究课题的统一编号，由研究会学术部门填写。

四、填写内容应简明扼要，突出重点。各栏目不得空缺，无此内容时填“无”，单位名称要写全称。

一、课题研究背景和依据

|  |
| --- |
| 课题的研究目的、国内外研究现状分析与评价,主要参考文献 |

二、研究方案

|  |
| --- |
| 1. 研究目标（拟解决的关键问题） |
| 2．研究内容（篇幅不够可加页） |
| 3. 研究方法 |
| 4．研究进度安排 |

三、预期研究成果及形式

|  |  |
| --- | --- |
| 预期成果形式 |  |
| 预期成果描述 |  |

四、课题负责人基本情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 年龄 |  | 职称 |  |
| 职务 |  | 电话 |  |
| 传真 |  | Email |  |
| 主要学术成果：  （近年从事的主要研究任务及所负责任，研究成果鉴定及获奖情况，在国内外主要刊物上发表论文情况，参与食品药品监管课题研究情况等） | | | |

五、主要研究人员

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 单位和职务 | 在本课题中承担的任务 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

六、经费预算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 相应开支细项 | 金额（万元） |
| 项目工作实施计划及经费要求 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 总 计 |  |

七、申请（合作）单位审查意见

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | 名称 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | |
| 单位负责人 |  | | 单位电话 |  |
| 传真 |  | | 邮政编码 |  |
| 项目联系人 | 姓名 |  | 手机 |  |
| Email |  | | |
| 申请单位意见： | | | | | |
| （单位公章）  年 月 日 | | | | | |

如有合作单位，请填写合作单位审查意见：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 合作单位 | 名称 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | |
| 单位负责人 |  | | 单位电话 |  |
| 传真 |  | | 邮政编码 |  |
| 组织机构代码 |  | | | |
| 项目联系人 | 姓名 |  | 手机 |  |
| Email |  | | |
| 合作单位意见： | | | | | |
| （单位公章）  年 月 日 | | | | | |