附件2 项目编号：

自治区药品临床综合评价

项目申报书

项目名称：

项目负责人：　　　　　　　　　电子邮件：

联系电话：　　　　　　　　 移动电话：

主持单位： （盖章）

推荐单位： （盖章）

执行年限：

填报时间：

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会制

填 写 说 明

一、申请人必须按表中所列项目详细、认真填写，填写不全或与事实不符者，不予受理。

二、填写内容应主要反映近三年以来与药品临床综合评价相关的工作情况，申请书应列出充分依据，如：参考文献（包括国内外文献）、统计报告、政府文件、院内报告等目录。

三、所有材料排版请用小四号、仿宋字体，行距为固定值28磅，页面不敷可另加页。填写内容应真实准确，一律用A4纸双面打印，并沿左侧装订成册。

四、单位意见处需盖项目申请单位公章，各地（州、市）卫生健康委审批意见处加盖单位公章。各级主管部门对本表负有审查责任，须按表中要求详细认真审查，并如实签署意见、盖章。

一、项目组人员情况

**1**.**项目负责人简介**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | | 出生年月 | |  | |
| 学 位 |  | | | 专业 |  | | 职 称 | |  | |
| 研究方向 | |  | | | | | | | | |
| 何年毕业于何院校 | |  | | | | | | | | |
| 工作单位及职务 | |  | | | | | | | | |
| 从事本专业年限 | |  | | |  | | |  | | |
| 手机号码 | |  | | | 电子邮箱 | | |  | | |
| 已承担的科研项目数 | | | | | | | | | | |
| 国家级 | 部级 | | 省级 | | | 国际合作 | | 企业合作 | | 其他 |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |
| 发表相关论文情况 | | | | | | | | | | |
| 国际重要杂志发表的文章（标题、杂志名称、期刊号，限3篇以内） | | | | | | | | | | |
| 国内核心期刊篇数（标题、杂志名称、期刊号，限3篇以内） | | | | | | | | | | |
| 是否有药品临床综合评价相关研究的前期基础和相关课题项目（项目编号、项目名称、项目类型） | | | | | | | | | | |

**2.项目组人员信息简表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 年龄 | 职称 | 项目分工 | 单位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

二、项目简介（1000-2000字）

|  |
| --- |
| **主要目标**（不少于500字）（简述项目的阶段目标、最终目标、主要研究内容） |

三、立项依据

|  |
| --- |
| **1.本项目拟将解决的临床实际问题与研究意义**（不少于1000字）（项目研究的目的意义和国内外研究现状、水平及发展趋势，可结合国民经济和社会发展中迫切需要解决的关键科技问题来论述其应用前景。附主要参考文献目录） |
| **2.拟采用的研究方案及可行性分析**（包括有关方法、技术路线图、实验手段、关键技术等说明） |
| **3.现有工作基础和条件** |
| **4.本项目的特色与创新之处** |

四、年进度安排及考核指标

|  |
| --- |
|  |

五、拟达到的科学技术水平、经济、社会效益

|  |
| --- |
|  |

六、申报单位和主要合作单位及分工

|  |
| --- |
|  |

七、经费预算（请细分）

|  |
| --- |
|  |

八、项目负责人承诺

|  |
| --- |
| 我保证上述填报内容是真实的。如获批准，我与本项目组成员将严格遵守国家有关法律、法规，遵守自治区卫生健康委有关规定，切实保证按计划开展工作，按时报送有关材料，接受检查与监督。  **项目负责人：**  **年 月 日** |

九、申报单位审查意见（对本申请书的真实性、能否提供基本工作条件等签署意见）

|  |
| --- |
| **单位（签章）：**  **年 月 日** |

1. 各地（州、市）卫生健康委推荐意见

|  |
| --- |
| **单位（签章）：**  **年 月 日** |