**中国临床多领域科研公益项目**

**申请书**

**项 目 名 称：**

**申请医院/科室：**

**项目申请人：**

**通 讯 地址：**

**联 系 电话：**

**电 子 邮箱：**

**申 报 日期：**

**项目起止时间：**

**申请总金额：**

此表由中华社会救助基金会编制，解释权归中华社会救助基金会。

**一、申请医院基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请医院** |  | **医院级别** |  |
| **申请科室** |  | **项目申请人** |  |
| **职务** |  | **联系方式** |  |
| **邮箱** |  | | |

**二、项目基本情况：**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **项目摘要** |  |

**三、项目专家组成员：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职称** | **学位** | **身份证号** | **单位名称/科室** | **电话** | **承担任务** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

1. **项目资金预算表 金额单位：元**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科 目** | **经费** | **备注（计算依据和说明）** |
| **一、直接费用** | **/** | **/** |
| 1、设备费 | **/** | **/** |
| (1)设备购置费（5万元以下） | **/** | **/** |
| (2) 设备租赁费 | **/** | **/** |
| 2、材料费 | **/** | **/** |
| 3、测试化验加工费 | **/** | **/** |
| 4、燃料动力费 | **/** | **/** |
| 5、差旅费 | **/** | **/** |
| 6、会议费 | **/** | **/** |
| 7、国际合作与交流费 | **/** | **/** |
| 8、档案/出版/文献/信息传播/知识产权事务费 | / | / |
| 9、劳务费 | / | **/** |
| 10、实验费 | **/** | **/** |
| 11、基因组、转录组、蛋白组测序 | **/** | **/** |
| 12、入组费用 | **/** | **/** |
| 13、观察费用 | **/** | **/** |
| 14、随访费用 | **/** | **/** |
| 15、咨询费 | **/** | **/** |
| 16、其他费用 | **/** | **/** |
| **二、间接费用**  （不超过直接费用扣除设备购置费后的20%核定） | **/** | **/** |
| 其中：**绩效支出**  （不超过直接费用扣除设备购置费后的5%） | **/** | **/** |
| **总计** |  | |

**五、报告正文（中文）**

（内容包括：立项依据、研究内容、研究目标、研究方法、统计方法等）

|  |
| --- |
|  |

**六、研究进度与考核指标**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时间（年、月）** | **研究内容** | **考核指标** |
|  |  |  |

**七、管理条款**

1. 研究医院必须按要求向基金会提交中期进展报告及项目报告，逾期不报，将停拨经费，基金会对报告进行书面审核或汇报审核。

2. 研究医院在课题执行中不可调整研究内容。

**八、申请者承诺**

申请者承诺：

我保证申请书内容的真实性。如果获得资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守中华社会救助基金会的有关规定，按照本申请书所述，切实保证研究工作时间，认真开展工作，按时报送有关材料。若填报失实和违反规定，本人将承担外全部责任。

**申请者（签字）：**

**日期：**

**医院/科室（敲章/签字）：**

**日期：**