附件1

江门市卫生健康局科学技术研究项目申请书

课题名称：

申 请 者：

所在单位：

详细地址：

邮政编码：

联系电话：

传真号码：

填报日期：

江门市卫生健康局

二〇一九年十二月制

**一、简 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究项目 | 名 称 | |  | | | | | | | | |
| 研究类型 | | 基础 应用 开发 | | | | | | | | |
| 起止日期 | | 20 年 4月—— 年 月 | | | | | | | | |
|  | 是□否□ | | 是否已获得市级以上立项 | | | | | | | | |
| 申  请  者 | 姓名 |  | | | | 性别 |  | 身份证号码 |  | 民族 |  |
| 学历 |  | | | | | | 专业技术职称 |  | | |
| 学术团  体任职 |  | | | | | | | | | |
| 所  在  单  位 | 名称 | | |  | | | | | | |
| 地址 | | |  | | | | | | |
| 近三年承担科研课题 | | | 国家级 省 级 厅级  市 级 市卫生局级 | | | | | | | |
| 近三年获得科技成果奖 | | | 国家级 省 级 厅级  市 级 市卫生局级 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课  题  组 | 参加单位数 | | | 总人数 | | 高级 | | 中级 | | 初级 | | 辅 助 人 员 | |
|  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 主  要  成  员 | 姓名 | 性别 | | 身份证号码 | | 专业技术职称 | | 工作单位 | | 项目中  分工 | | 签名 |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 研究内容及预期成果摘  要 |  | | | | | | | | | | | | |

**二、立项依据**

|  |
| --- |
| （包括国内外、省内外研究现状、当前需要解决的主要问题） |

**三、研究的主要内容**

|  |
| --- |
| （研究目标、研究内容和拟解决的关键问题） |

**四、研究方法和技术路线**

|  |
| --- |
| （采用的研究方法和技术路线可行性分析） |

**五、预期效果**

|  |  |
| --- | --- |
| （一）进度和阶段目标 | |
| 20 年4月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| （二）成果形式及科学价值，社会效益、经济效益等 | |
|  | |

**六、审批表**

|  |
| --- |
| 1. 单位意见（对本项目的真实性、可行性和能否提供基本工作条件等签署意见）   （单位盖章）  单位负责人： 年 月 日 |
| 1. 主管部门审核具体意见：   盖 章  年 月 日 |
| 1. 市卫生健康局审核意见：   盖 章  年 月 日 |

材料一式三份，用A4纸双面打印

附件**2**

江门市卫生健康系统开展新技术、新项目审批表

申请日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 | |  | | | | 科别 | |  | 负责人 | |  |
| 项目名称 | | | |  | | | | | | | |
| 技术来源于何单位 | | | | |  | | | | | | |
| 国内外包括本地区进展情况 |  | | | | | | | | | | |
| 关键技术内容和技术路线 |  | | | | | | | | | | |
| 临床意义及应用价值 |  | | | | | | | | | | |
| 专家小组意  见 | 专家签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 专家姓名 | | | 工作单位 | | | | 现从事专业 | | | 专业技术职称 | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |
| 项 目 应 用 情 况 介 绍 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 技 术 资 料 目 录 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 单位意见（对本项目的真实性、可行性和能否提供基本工作条件等签署意见）：  （单位盖章）  单位负责人 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见：  盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 市卫生健康局审核意见：  盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

说明：此表一式三份，分别由原单位、主管部门和市卫生健康局备存。

附件**3**

江门市卫生系列科学技术研究项目伦理审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人 |  | | | 专业技术职称 | |  | |
| 所在单位 |  | | | 手机号码 | |  | |
| 项目名称 |  | | | | | | |
| 研究起止时间 |  | | | | | | |
| 涉及人的生物医学研究 | □是 □否 | 涉及干细胞  临床研究 | □是 □否 | | 符合干细胞临床研究管理办法（涉及干细胞临床研究时勾选） | | □是 □否 |
| 项目负责人承诺 | 我代表项目组，保证本申请书填报内容真实、准确。如果获得立项，我将履行项目负责人职责，严格遵守医学科研诚信和相关行为规范 、科技报告制度、生物医学研究伦理、人类遗传资源管理等有关规定，切实保证自筹经费到位和研究工作时间，按计划认真开展研究工作，按时报送有关材料。如涉及病原微生物科研活动，项目组将严格按照国家有关伦理审查、实验室生物安全、病毒成果发表等方面的特别规定，开展实验活动。若填报失实或违反有关规定，本人将承担全部责任。    项目负责人： 年 月 日 | | | | | | |
| 单位伦理委员会意见并签字盖章：  负责人签名： 盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 县（市、区）卫生健康伦理委员会意见并签字盖章：  负责人签名： 县（市、区）盖章： 年 月 日 | | | | | | | |

备注：1.意见栏内容包括该项目是否需要进行伦理审查，如需进行伦理审查，是否同意该项目开展； 如涉及医学伦理的，意见应为“已通过伦理审查，并同意该项目开展”。

2.新技术、新项目不用填研究起止时间。

附件4

江门市卫生健康局科学技术研究项目申报一览表

单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 第一  完成人 | 单 位 | 所属  学科 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：“所属学科”是指立项项目所属的临床学科，请在“内科”、“外科”、“妇产科”“儿科”“皮肤科”“检验科”“护理”“中医科”“五官科”“医学影像科”“精神科”“中药、药剂科”“康复科”“疾控、公共卫生”等选择。

附件5

江门市卫生健康系统开展新技术、新项目申报一览表

单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 第一  完成人 | 单 位 | 所属  学科 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：“所属学科”是指立项项目所属的临床学科，请在“内科”、“外科”、“妇产科”“儿科”“皮肤科”“检验科”“护理”“中医科”“五官科”“医学影像科”“精神科”“中药、药剂科”“康复科”“疾控、公共卫生”等选择。

附件6

申报材料形式审查要求

一、《申报书》使用文件要求的版本，用A4纸双面打印（包括文字等内容均需打印，签名除外），各项内容必须填写。

二、每份《申报书》装订成册。

三、江门市卫生健康系统科研项目研究周期一般为2年，研究“起止日期”统一从2025年4月1日至2027年3月31日（包括简表以及进度和阶段目标）。

四、县级市及乡镇医疗卫生单位新技术新项目推广应用项目专家小组由三名以上取得高级职称的相关专业专家组成；专家小组意见须有三名以上专家签名。

五、申报一览表登记的第一完成人、单位、项目名称等内容须与《申报书》内容一致。

六、申报材料排列顺序须与申报一览表项目排列顺序一致。