卡尤迪妇儿精准医疗科研基金项目

申请书

项目名称：

申请人姓名： 职称：

联系电话：

邮 箱：

工作单位名称：

工作单位地址：

项目研究期限：

预期开始时间：

预期资助经费金额（元）：

申报日期：

项目申请人基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **学历** |  | **职称** |  | **出生日期** |  |
| **联系电话** |  | **电子邮箱** |  |
| **工作单位** |  |
| **通讯地址** |  |
| **主要研究领域** |  |
| **工作经历****（选填）** |  |
| **主要研究成果** |  |

项目主要参与者信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **姓名** | **年龄** | **性别** | **学历** | **职称** | **从事专业** | **电话** | **项目****分工** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |

项目经费预算（根据实际情况填写）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **支出项目** | **金额（万元）** | **备注（计算依据与说明）** |
| 1 | 人员费 |  |  |
| 2 | 设备费 |  |  |
| 3 | 调研费 |  |  |
| 4 | 相关业务费 |  |  |
| 5 | 差旅费 |  |  |
| 6 | 会议费 |  |  |
| 7 | 专家咨询费 |  |  |
| 8 | 劳务费 |  |  |
| 9 | 其他 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |

项目申报信息

|  |
| --- |
| **研究项目名称（中文）** |
| **关键词（中文）：** |
| **项目摘要（300字左右）:** |
| **项目立项依据** |
| 1. 该研究项目的目的、背景及意义1. 国内外研究现状及进展分析（附主要参考文献）

**项目方案** |
| 1. 该项目研究的目标、内容及拟解决的关键问题
2. 拟采取的方法、技术路线（可用流程图表示）、方案及可行性分析
3. 该项目研究的创新点
4. 项目计划及预期进展
5. 预期成果
 |

申请者承诺如下：

我保证上述填报内容的真实性。如获得资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守卡尤迪医学检验实验室（北京）有限公司的相关规定，切实保证项目组成员研究工作时间，认真按照计划开展项目工作，按时报送有关材料。若填报失实和违反规定，本人将承担全部责任。

 申请者（签字）：

 年 月 日

申请者单位负责人意见（请说明对该申请项目的科学意义和应用价值、内容、目标、计划、方法和技术路线的可行性意见）：

 项目执行单位负责人（签字）：

 项目执行单位公章：

 年 月 日