项目编号

**温州医科大学附属第一医院创面修复学**

**内部基金课题申请书**

课题名称

申 请 者

亚 专 科

Email地址

联系电话

通讯地址

邮编编码

填表日期

**填 表 说 明**

**一、信息表格：应**包括课题的基本信息、项目组主要成员等，保证信息准确清楚。

二、**报告正文：参照以下提纲撰写，**要求内容翔实、清晰，层次分明，标题突出*。*

**（一）立项依据与研究内容**：

**1. 项目的立项依据**（研究意义、国内外研究现状及发展动态分析，需结合科学研究发展趋势来论述科学意义，附主要参考文献目录）

**2. 项目的研究内容、研究目标以及拟解决的关键科学问题。**（此部分为重点阐述内容）

**3. 拟采取的研究方案及可行性分析。**（包括要求说明完成该课题拟采取的技术路线及合理性、可行性。）

**4. 本项目的特色与创新之处。**

**5. 年度研究计划及预期研究结果。**（需要订立资助年度内的具体工作计划，资助年限一般为3年。）

**（二）研究基础与工作条件**

**1. 工作基础**（与本项目相关的研究工作积累和已取得的研究成果。）

**2. 工作条件**（包括已具备的实验条件，尚缺少的实验条件和拟解决的途径。）

**3. 申请者及合作申请者简介**（包括申请人及团队的信息和研究工作简历，近期发表与本项目有关的主要论著目录和获得学术奖励情况。）

**4. 承担科研项目情况**（申请人和项目组主要成员正在承担的科研项目情况，包括重要的科研项目，要注明项目的名称和编号、经费来源、起止年月、与本项目的关系及负责的内容等。）

**（三）经费申请说明：**由温州医科大学附属第一医院国家临床重点专科--创面修复科统一管理，主要用于支付开展课题所需的材料费、测试费和学术交流产生的差旅费、会议费等。

**（四）申请书提交说明：申请书一式一份（双面打印），于首页“申请者”处签名提交至医务处，同时发送电子版至cmxfnbjj123@163.com**。

**简 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **课题名称** | | |  | | | | | |
| **研究方向或领域** | | |  | | | | | |
| **申请金额** | | |  | | | **起止年月** |  | |
| **课题申请人** | **姓 名** | | | **性 别** | **出生年月** | **职 称** | **学 位** | **所 在 单 位** |
|  | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |
| **主要研究人员** |  | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |
| **研究内容摘要** | **限300字** | | | | | | | |
| **关键词** | |  | | | | | | |

**一、立项依据与研究内容**

|  |
| --- |
| **1.项目的立项依据**  **2.项目的研究内容、研究目标以及拟解决的关键科学问题**  **3.拟采取的研究方案、可行性分析**  **4.本项目的特色与创新之处**  **5.年度研究计划及预期研究结果** |

**二、研究基础、工作条件、申请人简介及承担、完成科研项目情况**

|  |
| --- |
| **1.研究基础、工作条件**  **2.申请者及团队简介**  **3.承担、完成科研项目情况** |

**三、经费预算说明**

|  |
| --- |
|  |

**签字盖章页**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **重点专科领导小组意见** | 重点专科领导小组（签章） 年 月 日 | | | |
| **重点专科主管部门意见** | 医务处（签章） 年 月 日 | | | |
| 批准金额 | | 万元 | 批准日期 | 年 月 日 |