**消化肿瘤领域临床科研公益项目**

**项目申请书**

**项 目 名 称：**

**申请医院/科室：**

**研究负责人：**

**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：**

此表由北京生命绿洲公益服务中心编制，解释权归北京生命绿洲公益服务中心。

**二、项目信息简表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目负责人信息** | 姓名 |  | 性别 | |  | 出生日期 | | |  | | 民族 |  |
| 学位 |  | 职称 | |  | | | | 身份证号 | |  | |
| 电话 |  | | | | 手机 | | |  | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | |
| 所在部门 |  | | | | | | | | | | |
|  | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 | | |  | | | | |
| 网站地址 |  | | | | | | | | | | |
| 伦理委员会  名称 |  | | | | | 开具的票据名称 | | | |  | |
| **项目组成员** | 姓名 | 身份证号 | | 医院/科室 | | | 职称 | | | 电话 | 职责 | 签字 |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |  |
| **研究课题信息** | 研究课题 |  | | | | | | | | | | |
| 执行期限 |  | | 伦理审批件的有效期 | | | | | |  | 学科领域 |  |
| 研究性质 | □试验性研究 □观察性研究 □回顾性研究 □前瞻性研究 | | | | | | | | | | |

**三、课题研究方案**

**1、研究背景、目的、立论依据、国内外研究现状等**

**2、研究的主要内容**

**3、研究方法**

**4、伦理原则**

**5、计划及进展**

**6、预期成果价值**

**7、其他**

**四、经费开支预算** （单位：元人民币）

注：以下费用科目为参考，以实际为准；

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科 目** | **经费** | **备注（计算依据和说明）** |
| **一、直接费用** | **/** | **/** |
| 1、设备租赁 | **/** | **/** |
| 2、材料费 |  |  |
| 3、差旅费 | **/** | **/** |
| 4、会议费 | **/** | **/** |
| 5、国际合作与交流费 | **/** |  |
| 6、档案/出版/文献/信息传播/知识产权事务费 | / | / |
| 7、劳务费 | / |  |
| 8、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） | **/** | **/** |
| **总计** | **￥： （人民币大写： ）** | |

**五、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，严格遵守北京生命绿洲公益服务中心的有关规定，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，本人将承担全部责任。

**申请者（签字）：**

**日期：**