**齐鲁医学院**

**银丰罕见病转化医学研究专项**

**申请书**

**项目名称:**

**申请人:** **电话:**

**单位:**

**电子邮箱:**

**申报日期:**

山东大学齐鲁医学院

**基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 学位 |  | 职称 |  | 出生年月 |  |
| 电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  |
| 主要研究领域 |  |
| 项目基本信息 | 项目名称 |  |
| 英文名称 |  |
| 研究期限 | 2018年1月1日-2020年12月31日 |
| 中文关键词 |  |
| 英文关键词 |  |
| 中文摘要 | (限500字) |

**项目组成员**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号  | 姓名 | 出生年月 | 性别 | 职称 | 学位 | 工作单位 | 电话 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |   |   |   |

**经费申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科目** | **金额(万元)** | **备注** |
| 1 | 设备购置费 |  |  |
| 2 | 仪器设备的维修维护费 |  |  |
| 3 | 材料费 |  |  |
| 4 | 测试化验加工费  |  |  |
| 5 | 燃料动力费 |  |  |
| 6 | 差旅费 |  |  |
| 7 | 会务费 |  |  |
| 8 | 专家咨询费 |  |  |
| 9 | 国际交流合作费 |  |  |
| 10 | 出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |
| 11 | 劳务费 |  |  |
| 12 | 其他 |  |  |
| **合计** |  |  |

**立项依据(2000字以内)**

|  |
| --- |
| 1、研究目的；2、国内外研究现状；3、主要参考文献及出处（格式：论文――作者.题目.刊名.年份，卷（期）：页码/专著――著者.书名.出版社，年份） |

**研究方案**

|  |
| --- |
| 1、研究内容、研究目标和拟解决的关键科学问题（1500字以内） |

|  |
| --- |
| 2、拟采取的研究方法（实验方案）、技术路线（2000字以内） |

|  |
| --- |
| 3、与罕见病研究有关的前期工作基础（1000字以内） |

**研究基础与条件**

|  |
| --- |
| 1、申请人近5年承担的与**罕见病**有关的科研项目情况（包括国家、省部级及厅局、市级各类科技发展计划及基金项目，限5项） |
| 项目编号 | 项目名称 | 资助金额（万元） | 本人位次 | 计划类别 | 计划下达单位 | 起止年月 | 完成或进展情况 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2、申请人近5年发表的与**罕见病**有关的代表性论文著作（限10篇） |
| 发表时间 | 论文著作名称 | 期刊或出版社 | 本人位次 | 通讯作者 | 备注 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| 3、申请人近5年来完成的科研成果名称以及获奖情况（限市厅级以上科技奖励，限5项） |
| 授予时间 | 成果名称 | 获奖类别 | 等级 | 完成人 | 本人位次 | 授予单位 |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
| 4、申请人近5年来申请或获得的专利、临床批件及新药证书情况（限5项） |
| 获得时间 | 专利号/批件号/证书编号 | 专利/药物名称 | 专利类型/注册分类/证书类别 | 本人位次 | 备注 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

**附件目录：**

**项目签批审核**

|  |
| --- |
| **申请人承诺：**我保证申请书内容的真实性，如获资助，我将履行项目负责人职责，遵守山东大学科技管理有关规定，认真负责，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。 |
| 项目负责人（签字）： |
| 年 月 日 |
| **单位审核意见**已对申请书内容进行了审核。如获资助，我单位保证对实施计划实施所需要的人力、物力和工作时间等条件给予保障。 |
| 单位（公章） 单位负责人（签章） |
| 年 月 日 |
| **齐鲁医学院审核意见** |
| 单位（公章） 单位负责人（签章） |
| 年 月 日 |