|  |
| --- |
| **申请年度：** |
| **申请编号：** |

**希思科—齐鲁肿瘤科研基金项目**

**科研课题申请书**

**课题名称：**

**申 请 人：**

**所在单位：**

**邮政编码：**

**通讯地址：**

**联系电话：**

**电子邮箱：**

**申请日期：**

主办方：北京市希思科临床肿瘤学研究基金会

捐赠方：齐鲁制药有限公司

二零二二年制

**填 表 说 明**

1. **填写本《申请书》前，请先查阅《北京市希思科临床肿瘤学研究基金会科研基金管理办法》和“希思科—齐鲁肿瘤科研基金项目公告”。**
2. **申请书中各项内容，应实事求是、逐项认真填写，要求表达明确严谨。外来语要同时用中文和英语表达，第一次出现缩写词前须注明中文全称。**
3. **申请书请在网上申报截止时期前（2023年1月31日）网上填写完成，下载电子版打印并在需要签字部位以及单位盖章部分完成签字盖章后，于截止时期前（2023年2月10日）将纸质版申报邮寄至基金会办公室（地址：北京市朝阳区东三环南路甲52号顺迈金钻20C，联系人：李丹晨，电话：67726451-628）。**
4. **申请人基本情况**
   * + 1. **第一申请人信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 |  | | 出生日期 | 年 月 日 |
| 技术职 称 |  | 行政职 务 |  | | | CSCO会员号 | | |  |
| 身份证号 | |  | | | | 学历 | | |  |
| 学 位 | |  | | | | 专业特长及研究方向 | | |  |
| 单位名称 | |  | | | | | | | |
| 单位级别 | | □ 三级医院 □ 二级医院 □ 一级医院 | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | 邮编 | |  | |
| 单位电话 | |  | | | | 传真 | |  | |
| e-mail | |  | | | | 手机 | |  | |
| 外语语种 | |  | | 熟练程度 | | | □ 精通 □ 熟练 □ 良好 □ 一般 | | |
| **主要工作简历**  起止时间 单位名称 任职 | | | | | | | | | |
| **正在承担的科研课题**(近5年)  起止时间 课题名称 本人在课题中的分工 | | | | | | | | | |

* + - 1. **课题组主要成员信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 证件类型 | 证件号 | CSCO会员号 | 学位 | 职称 | 所在单位 | 课题  分工 | 签名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* + - 1. **合作单位信息**（如无则不必填写）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 通讯地址 | 单位性质 | 负责人及联系电话 | 课题中  分工 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* + - 1. **第一申请人在希思科基金会过往中标项目及金额**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 课题名称 | 课题编号 | 基金名称 | 年度 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* + - 1. **第一申请人在希思科基金会过往申请的项目及金额**（不含已中标）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 课题名称 | 基金名称 | 年度 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **课题简介**

**1. 课题基本信息**

|  |  |
| --- | --- |
| 课题名称 |  |
| 课题类型 | □ 面上课题 □重点课题 |
| 研究领域 | □ 临床研究 □ 基础研究 □ 转化研究 |
| 申请金额 | 万元 |
| 课题研究周期 | 起： 年 月；止： 年 月 |
| 所用实验室 | □一级 □ 二级 □ 三级 □ 省部重点 □ 国家重点 □ 无需使用 |
| 学科分类 | □ 头颈部肿瘤 □ 肺癌 □ 消化系肿瘤(肝胆胰)  □ 消化系肿瘤(食管癌、胃癌、结直肠癌) □ 乳腺癌  □ 泌尿系肿瘤 □ 妇科肿瘤 □ 白血病和淋巴瘤  □ 黑色素瘤和骨与软组织肉瘤 □ 肿瘤免疫治疗  □ 肿瘤放射治疗 □ 支持与康复治疗 □ 其他 |
| 其他基金资助 | 1) 是否有其他基金资助：□ 是，基金名称 ；□ 否  2) 其他资助基金的级别：□ 国家级 □ 省级 □ 其他  3) 其他基金资助的起止时间： 年 月 至 年 月 |
| 是否曾申请过本基金会其他科研课题 | □ 是 □ 否  如是，提交过 次，提交年份 |

**2.方案摘要**

|  |  |
| --- | --- |
| 中文关键词 | （可填写5个） |
| 英文关键词 | （可填写5个） |
| **摘要**（包括：依据、方法、路线、预期。400字-600字之间） | |

**3. 立题依据**

|  |
| --- |
| 本课题研究的目的意义，国内外同类研究工作的现状与存在的问题并附主要参考文献。（不超过2000字） |

**4.研究方案**（不超过8000字）

|  |
| --- |
| 1）本课题的研究内容、研究目标和拟解决的关键问题： |
| 2） 拟采取的研究方法、步骤、技术路线及可行性分析： |
| 3） 本课题的特色及创新之处（与国内外同类研究比较）： |
| 4）本课题的预期结果： |

**5.研究基础及条件**（不超过3000字）

|  |
| --- |
| 1）与本课题有关的工作基础和工作成绩： |
| 2）已具备完成该课题的条件： |
| 1. 尚缺少的条件和拟解决的途径： |

**6.课题进度与成果发表计划**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时间** | **完成内容**(特别应注明中期报告和结题报告时间) | **负责人** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**7.课题经费预算**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **支出科目** | **金额(万元)** | **备注** |
| 1 | 设备费 |  |  |
| 2 | 材料费 |  |  |
| 3 | 资料费 |  |  |
| 4 | 出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |
| 5 | 课题组织实施及管理费 |  |  |
| 6 | 会议费、差话费 |  |  |
| 7 | 其他 |  |  |
|  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |

**三、同行专家推荐意见**（副高及以上职称的申请人免填本页）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专家姓名 |  | 出生年月 |  | 工作单位 |  |
| 专业 |  | 职务/职称 |  | 联系电话 |  |
| 专家签名：  年 月 日 | | | | | |
| 专家姓名 |  | 出生年月 |  | 工作单位 |  |
| 研究专业 |  | 职务/职称 |  | 联系电话 |  |
| 专家签名：  年 月 日 | | | | | |

**四、申报者承诺及单位意见**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **课题组承诺**  我代表课题组全体成员保证所填报的内容和提供的材料真实、可靠。如获资助，将严格执行北京市希思科临床肿瘤学研究基金会针对科研课题管理的有关规定，以实事求是的科学态度进行科研工作，履行合同义务，并按时报送有关材料。  代表人：课题第一申请人：（签字）  日期： | | |
| **课题申报者所在单位意见**  我单位可以在本课题实施过程中将给予人力及相关资源的支持，将严格按照北京市希思科临床肿瘤学研究基金会针对科研课题管理的有关规定对该课题进度、完成情况及资金使用情况予以监督。  同意推荐 等申请“希思科-齐鲁肿瘤科研基金项目”（2022年度）  申请人所在单位：（盖章）  日期 | | |
| **合作单位审核意见**（如无可不必填写） | | |
| 第1合作单位：（盖章）  日期： | 第2作单位：（盖章）  日期： | 第3作单位：（盖章）  日期： |

**五、审评意见**

|  |
| --- |
| 基金评审委员会评审意见  □ 同意资助  □ 不同意资助      北京市希思科临床肿瘤学研究基金会  （盖章）：    年 月 日 |