附件

|  |  |
| --- | --- |
| 受理编号 |  |

**南京医科大学附属江宁医院免疫细胞转化研究中心**

**开放课题申报书**

|  |  |
| --- | --- |
| 课题名称 |  |
| 第一申请人 |  |
| 第一申请人单位 |  |
| 第二申请人 |  |
| 第二申请人单位 | 南京医科大学附属江宁医院 |

**申报日期： 年 月 日**

**一、基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申****请****者****信****息** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 学 位 |  | 职称/职务 |  | 主要研究方 向 |  |
| 电 话 |  | 电子信箱 |  |
| 工作单位 |  | 身份证号 |  |
| 地 址 |  | 邮政编码 |  |
| **项****目****基****本****情况** | 项目名称 |  |
| 研究属性 | 基础研究 口 应用基础研究 口 临床研究 口 其他 口 |
| 申请额度 | 万元 |
| **摘****要** | （限400字） |
| 关键词（最多五个，用分号分开） |  |

**二、申请人情况**

|  |
| --- |
| 主要工作与科研经历 |
| 近五年主持的主要科研项目（请列明任务来源、课题名称、研究起止年月） |
| 已取得的代表性科研成果（论文、著作目录及获学术奖励或已经研究开发的上市新药、获得的专利等情况；限10项） |

**三、项目组主要参与者**（注：项目组主要参与者，不包括项目申请者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **姓 名** | **出生年月** | **性 别** | **职 称** | **学 位** | **单位名称** | **项目分工** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **总人数（人）** | **高 级** | **中 级** | **初 级** | **博士后** | **博士生** | **硕士生** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科 目** | **申请经费** | **备注（计算依据与说明）** |
| 一、材料费 |  |  |
| 二、材料费/测试化验加工费/燃料动力费 |  |  |
| 三、差旅费/会议费/国际合作与交流费 |  |  |
| 四、出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |
| 五、劳务费/专家咨询费 |  |  |
| 六、其他 |  |  |
| 合 计 |  |  |

**四、经费申请表（金额单位：万元）**

**五、立项依据**（研究意义、国内外研究现状及分析，限1500字）

|  |
| --- |
|  |

**六、研究目标、研究内容及预期成果**（限2000字）

|  |
| --- |
| 1．研究目标 |
| 2．研究内容 |
| 3．拟解决的关键问题 |
| 4．研究方法与技术路线 |
| 5．特色与创新 |
| 6．预期研究结果 |

**七、与申请课题直接相关的研究基础**（限2000字）

|  |
| --- |
| 此部分为重点评价依据 |

**八、研究进度**

|  |  |
| --- | --- |
| 时间安排 | 研究内容 |
|  |  |

**九、保证与审核**

|  |
| --- |
| 课题组承诺：我代表全体课题组成员保证所填报的内容和提供的材料是真实的、没有虚假。如获资助，我们将严格执行有关规定，以科学态度严肃认真开展工作、保证研究工作时间，按时报送有关材料。  申请人(签字) 年 月 日 |
| 申请者所在单位审查意见单位(公章) 单位法人(签章) 年 月 日 |
| 合作单位审核意见 第1合作单位(公章) 第2合作单位(公章)   负责人(签章) 负责人(签章)   年 月 日 年 月 日  |
| 南京医科大学附属江宁医院学术委员会审查意见（签章）  年 月 日 |