**岭南神经病学中青年医生临床研究专项支持项目**

**申请书**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称：** |  |
| **申请人姓名：** |  |
| **申请人电话：** |  |
| **依托单位：** |  |
| **通讯地址：** |  |
| **邮政编码：** |  |
| **单位电话：** |  |
| **电子邮箱：** |  |
| **研究期限：** |  |
| **申请金额：** |  |
| **申请日期：** |  |

**一、基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  者  情况 | 姓名 | | |  | 性别 | |  | | 身份号码 | |  | | | | 民族 | |  | |
| 职称 | | |  | 学位 | |  | | 每年工作时间（月） | | | | | |  | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要研究领域 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 项  目  组  成员（不含  申  请者） | 姓名 | 性别 | | 职称 | 学位 | | | 证件号码 | | | | | 单位名称 | | | 电话 | | |
|  |  | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 总人数 | | | 高级 | | 中级 | | | | 初级 | | 博士后 | | 博士生 | 硕士生 | | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |  |  | | |
| 项目摘要  （400字以内） | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 关键词 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**二、经费预算简要说明**

**三、报告正文**

|  |
| --- |
| **立题依据** |
| **请阐述：结合国内外相关领域研究热点及进展，提出目前需要解决的问题，以及对临床实践的意义和影响。（1000字以内）** |
| **参考文献** |
|  |
| **研究目的（200字以内）** |
|  |
| **研究内容和技术路线（2000字以内）** |
|  |
| **拟解决的关键问题（200字以内）** |
|  |
| **本项目的特色与创新之处（200字以内）** |
|  |
| **已有研究基础（包括预研究结果或已发表的相关论文，300字以内）** |
|  |
| **可行性分析（400字以内）** |
|  |
| **年度研究计划及预期研究结果（400字以内）** |
|  |

**签字和盖章页**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

申 请 人： 依托单位：

项目名称：

资助类别：

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**申请人承诺：**

我保证上述填报内容的真实性。如果获得资助，我与本项目组成员将严格遵守岭南神经病学中青年医生临床研究专项支持项目的有关规定，切实保证研究工作时间，按计划认真开展研究工作，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。

签字：

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**项目组主要成员承诺：**

我保证有关申报内容的真实性。如果获得资助，我将严格遵守岭南神经病学中青年医生临床研究专项支持项目的有关规定，切实 保证研究工作时间，加强合作、信息资源共享，认真开展工作，及时向项目负责人报送有关材料。若个人信息失 实、执行项目中违反规定，本人将承担相关责任。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 单位名称 | 每年工作时间（月 ） | 签字 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**依托单位及合作研究单位承诺：**

已按申报要求对申请人的资格和申请书内容进行了审核。申请项目如获资助，我单位保证对研究计划实施所 需要的人力、物力和工作时间等条件给予保障，严格遵守岭南神经病学中青年医生临床研究专项支持项目有关规定，督促项目负责人和项目组成员以及本单位项目管理部门按照岭南神经病学中青年医生临床研究专项支持项目的规定及时报送有关材料。

依托单位公章 合作研究单位公章1 合作研究单位公章2

日期： 日期： 日期：