附件3



|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位类别 |  |
| 受 理 编 号 |  |
| 受 理 部 门 |  |
| 收 件 日 期 |  |

国家医学考试中心

科研项目申报书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 预计研究年限： | 年 月 日至 年 月 日 | | |
| 申 请 经 费： |  | | |
| 项 目 类 别： | 创新性项目/研究型项目 | | |
| 研 究 属 性： |  | | |
| 项 目 名 称： |  | | |
| 申报项目代码： |  | | |
| 申 报 者： |  | 电 话： |  |
| 依托单位： |  | | |
| 通 讯 地 址： |  | | |
| 邮 政 编 码： |  | 单位电话： |  |
| 电 子 邮 箱： |  | | |
| 申 报 日 期： |  | | |

一、基 本 信 息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项  目  申  报  人 | 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生  年月 |  | 民族 |  |
| 学 位 |  | | 职称 |  | | 主要研究领域 |  | |
| 电 话 |  | | | 电子邮箱 | |  |  | |
| 传 真 |  | | | 个人网页 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | |
| 在研项目批准号 | |  | | | | | | |
| 依托单位或部门 | 名 称 |  | | | | | | | |
| 联 系 人 |  | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 电 话 |  | | | 网站地址 | |  | | |
| 合作单位 | 名 称 |  | | | | | | | |
| 摘  要 | （限400字）： | | | | | | | | |
| 关键词（用分号分开，最多5个） | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 二、项 目 组 主 要 成 员  (注： 项目组主要成员不包括项目申报人) | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 出生年月 | 性别 | 职称 | 学位 | 单位名称 | 电话 | 电子邮箱 | 项目分工 | 累计工作时间(月)/年 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 总人数 | 高级 | 中级 | 初级 | 博士后 | 博士生 | 硕士生 |
|  |  |  |  |  |  |  |

说明：高级、中级、初级、博士后、博士生、硕士生人员数由申报者负责填报（含申报者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 三、经 费 申 请 表  （金额单位：万元） | | | |
| 科目 | | 申报经费 | 备注（计算依据与说明） |
| （一）设备费 | |  |  |
| （二）材料费 | |  |  |
| （三）测试化验加工费 | |  |  |
| （四）燃料动力费 | |  |  |
| （五）差旅费 | |  |  |
| （六）会议费 | |  |  |
| （七）国际合作交流费 | |  |  |
| （八）出版物/文献/信息传播费/知识产权 | |  |  |
| （九）劳务费 | |  |  |
| （十）专家咨询费 | |  |  |
| （十一）管理费 | |  |  |
| **合 计** | |  |  |
| 与本项目相关的其他经费来源 | 国家其他计划资助经费 | |  |
| 其他经费资助（含单位配套） | |  |
| **其他经费来源**  **合 计** | |  |

四、报 告 正 文（可加页）

五、签 字 和 盖 章 页

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报者承诺：**  我保证申报书内容的真实性。如果获得资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守国家医学考试中心的有关规定，切实保证研究工作时间，认真开展工作，按时报送有关材料。若填报失实和违反有关规定，本人将承担全部责任。  签 字：  年 月 日 | | | | | |
| **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，我将严格遵守国家医学考试中心的有关规定，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。 | | | | | |
| 序号 | 姓 名 | 工 作 单 位 | 项目分工 | 累计工作时间（月）/年 | 签 字 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| **依托单位或部门及合作单位承诺：**  已按填报说明对申报人的资格和申报书内容进行了审核。申报项目如获资助，我单位或部门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，严格遵守国家医学考试中心的有关规定，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国家医学考试中心的规定及时报送有关材料。  依托单位公章或部门公章（签字） 合作单位公章1 合作单位公章2  年 月 日 年 月 日 年 月 日 | | | | | |