成都市科技局 四川大学华西医院

转化医学创新基金

**申 请 书**

**项目名称：**

**承担科室：**

**项目负责人：**

**项目起止日期：**

四川大学华西医院科技平台部制

二0 年 月

1. **基本信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 项目分类  （在相应栏打√） | □药品 □医疗器械：仪器、设备、器具、材料、耗材、软件  □诊断试剂 □新技术 □其他 | | | | |
| 申请金额  （万元） |  | | | 项目关键词  （3-5个） |  |
| 预期目标 |  | | | | |
| 项目人员  概况 | **项目负责人** | | | | |
| 姓名 |  | | 所在科室 |  |
| 学历/学位/职称 |  | | 研究方向 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 | |  |
| 辅导老师 | （学生和住院医生需要填写） | | | |
| **合作成员及分工** | | | | |
| 姓名 | 学位/职称 | | 专业 | 主要任务 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

1. **项目情况（简明扼要）**

|  |
| --- |
| 1、项目简介（目的意义、主要研究内容、预期目标）  2、申请项目的理由（包括先进性、实用性、转化的可能性、临床应用前景及市场分析）  3、前期工作基础、拟采用的研究方法、技术路线及工作条件  4、项目阶段性考核指标 |

声 明

本项目申请书中的信息真实，保证按照相关规定按期完成项目研究，项目经费使用按照医院院拨经费管理规定支出。

**项目负责人：**

**年 月 日**

**注：**请由项目负责人邮箱发送电子版申请书至hxtransmed@163.com