**附件1**

**国家卫生健康委配子及生殖道异常研究重点实验室**

**2024年度开放课题申请书**

课题名称：

起止时间：

申 请 人：

通讯地址：

邮政编码：

电 话：

传 真：

电子邮件：

二O二 年 月 日

国家卫生健康委配子及生殖道异常研究重点实验室制

**填 表 说 明**

1. 填写申请书前，请先上网查阅我室资助课题申请指南及有关规定，申请书中的各项内容请实事求是填写。
2. 申请书用A4纸，每栏空格如不够可自行加页，纸张大小与申请书一样。
3. 申请书一式两份，由所在单位审查，签署意见盖章后报送我室，同时报送电子版申请书。
4. 课题申请截至时间为2024年07月06日，评审结果将及时通知申请者本人。
5. 联 系 人：刘雅静

电 话：0551－62923690

E-mail：13385690561@163.com

通讯地址：安徽省合肥市梅山路81号安徽医科大学科教大楼8楼

邮政编码：230032

1. **基本信息**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申****请****者****信****息** | 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 学历/学位 |  |
| 职称 |  | 电话 |  |
| 依托单位 |  | 主要研究领域 |  |
| **项****目****基****本****信****息** | 项目名称 |  |
| 资助类别 |  | 申请经费（万元） |  |
| 执行年限 |  |
| **摘****要** | （限500字） |
| **关键词** | （限5个） |

1. **报告正文**

**（一）立项依据与研究内容**

1.项目的科学依据，意义和创新点

2.项目的研究内容，研究目标，以及拟解决的关键科学问题

3.拟采取的研究方案及可行性分析

4.本项目的特色与创新之处

5.年度研究计划及预期研究成果

**（二）研究基础与工作条件**

1．研究基础

2.工作条件

3.申请人简历

1. **经费预算（金额单位：万元）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 经费支出预算 | 预算金额 | 计算依据与说明 |
| 材料费 |  |  |
| 测试化验加工费 |  |  |
| 差旅费 |  |  |
| 会议费 |  |  |
| 出版/文献/信息传播费 |  |  |
| 劳务费 |  |  |
| 专家咨询费 |  |  |
| 其他支出 |  |  |
| 合 计 |  |  |

**四、项目主要参与人员情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **年龄** | **职称** | **学位** | **单位名称** | **项目分工** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**五、单位签字、盖章页**

|  |
| --- |
| 申请者承诺： 我保证申请书内容的真实性。如果获得基金资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守有关规定，切实保证研究工作时间，认真开展工作，按时报送有关材料。若填报失实和违反相关规定，本人将承担全部责任。 签字： 年 月 日 |
| 申请单位审查意见单位领导签字：单位公章： 年 月 日 |
| 重点实验室学术委员会意见学术委员会主任签字：  年 月 日 |
| 重点实验室评审意见实验室主任签字：  年 月 日 |