浙江省口腔疾病临床医学研究中心

开放课题申请书

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： |  |
| 项目类型： | □创新训练 □创业训练 □创业实践 |
| 执行年限： | 1年 |
| 申 请 人： |  |
| 申请人签字： |  |
| 学 校：（加盖公章） |  |
| 联系电话： |  |
| 指导老师： |  |
| 指导老师签字： |  |
| 单 位： |  |
| 合作导师： |  |
| 合作导师签字： |  |
| 填表日期： | 年 月 日 |

# 一、基本信息

**项目名称：**

**项目申请人：**

**指导老师：**

**临床研究中心合作导师：**

**预算经费：**

**项目开始时间：**

**项目结束时间：**

# 二、研究团队

**1.负责人信息**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 性别 |  | 国别 |  |
| 身份证号码或护照号码 |  |
| 学号 |  |
| 年级 |  |
| 院系专业 |  |
| 入学年月 |  |
| 电子邮箱 |  |

# 2.团队成员信息

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 联系电话 | 院系专业 | 年 级 | 项目分工 | 签名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

**3.项目指导老师信息**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 联系电话 | 所在单位 | 职务/职称 | 主要研究方向 |
|  |  |  |  |  |
| 近三年研究方向及成果简述： |

**4.项目合作指导老师信息**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 联系电话 | 所在单位 | 职务/职称 | 主要研究方向 |
|  |  |  |  |  |
| 近三年研究方向及成果简述： |

**三、拟解决的关键科学问题**

**（简要说明项目背景、意义和实施必要性，研究现状和发展动态）**

**正文：中文请用小四字宋体，外文请用Times New Roman，首行缩进2字符，1.5倍行距。段前段后均为零行。**

**四、研究方案**

**（请写明研究内容、研究目标以及研究方案）**

**（中文请用小四字宋体，外文请用Times New Roman,首行缩进2字符，1.5倍行距。段前段后均为零）**

**五、预期研究成果**

**（包括知识产权成果，如论文成果、论著成果、专利成果、研制产品、开发软件，与毕设、学科竞赛等其他学习环节结合情况，以及经济效益、社会效益、生态效益等）**

**（中文请用小四字宋体，外文请用Times New Roman,首行缩进2字符，1.5倍行距。段前段后均为零）**

**六、经费预算**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **科目** | **经费（万元）** |
| 1 | 材料费 |  |
| 2 | 测试化验加工费 |  |
| 3 | 差旅费（不大于总经费额度的10%） |  |
| 4 | 出版/文献/信息传播/知识产权事务费（不大于总经费额度的10%） |  |
| 5 | 其它费用（请临床研究项目类别填写） |  |

**备注：临床研究项目涉及“其他费用”的，需要对临床观察费、受试者补贴等进行单独具体核算，可另附页。**

# 七、申请人简历

**（包括教育经历、科研与学术经历、近五年获奖情况等）**

**八、指导老师意见**

指导老师签字：

日期：

**九、合作导师意见**

 合作导师签字：

 日期：

**十、审核结果**

**（由临床研究中心管理办公室填写）**

 审核人：

 盖章