自贡市卫生健康委员会

自贡市卫生健康委员会

关于2020年卫生健康系统科研课题立项

申报工作的通知

各区县卫生健康局、高新区社事局，川卫康院，市属及市注册医疗卫生机构：

为进一步提高我市卫生健康系统医学科研技术水平，依靠科技进步促进卫生健康事业发展。根据《自贡市卫生健康系统科研课题管理办法》（自卫发〔2019〕3号）和年度工作安排，决定于4月启动2020年医学科研课题立项申报工作，现就有关事项通知如下：

一、申报条件和要求

凡在我市辖区内具有独立法人资格的各级各类医疗卫生单位均可单独或联合申报，不接受个人申报。申报课题必须结合我市当前防病治病现状，针对疾病防治工作中的疑难问题和关键技术，课题要有明确目的性、创新性、科学性、先进性、实用性、可行性，具有显著的社会效益和经济效益。

联合申报的，各方应签署共同申报协议，并明确约定各自所承担的工作任务、责任和经费安排等。

二、申报材料和时限

（一）申报材料。

1.《自贡市卫生健康系统科研课题申报书》（附件1）（见附件，需双面打印）；

2.科研课题可行性研究报告（附件2）；

3.《查新报告》等相关申请资料（请各部门务必于3月30日前将申报资料报送至科研处，由科研处统一联系查新单位进行项目查新工作）。

以上申报材料以书面（一式五份）和电子版形式报市卫生健康信息中心医学技术服务部。市属医疗卫生单位申报材料直接报送，其他医疗卫生单位申报材料按属地原则，经区县卫生健康行政部门审核合格汇总后报送。

（二）申报时限。

2020年3月30日前，逾期不予受理。

未尽事宜，请与市卫生健康信息中心医学技术服务部联系。

联系人：徐静

联系电话：18708357521

电子邮箱：438150081@qq.com

附件：自贡市卫生健康系统科研课题申报书

自贡市卫生健康委员会

2020年3月17日

附件

自贡市卫生健康系统科研课题申报书

课题名称

申报单位

协作单位

课题负责人

研究起止年限

通讯地址

联系电话

申报日期

课题编号

自贡市卫生健康委员会

2020年制

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、研究目的和主要研究内容。 | | | | | |
| 二、研究背景和依据（国内外研究现状、发展趋势、必要性、新颖性、创新点、研究意义）。 | | | | | |
| 三、研究方法、技术路线、计划进度和阶段目标。 | | | | | |
| 四、已具备的条件（包括前期研究工作、实验室设备、实验动物和动物实验、信息资料等）。 | | | | | |
| 五、预期目标、成果应用前景、社会效益。 | | | | | |
| 六、申报单位已经和拟采取的保障措施（人、财、物、管理）及配套条件安排情况。 | | | | | |
| 七、经费预算。 | | | | | |
| 八、课题负责人情况表。 | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 职称 |  | | 职务 |  | |
| 学历 |  | | 专业 |  | |
| 主要业务经历及近两年承担科研课题情况。 | | | | | |
| 近两年科技成果获奖情况（名称、时间、等级）。 | | | | | |
| 国内外学术团体、专业学会、学术期刊任职情况。 | | | | | |
| 近两年发表的主要论文（题目、刊名、时间）及主要论著。 | | | | | |
| 国内外学习、进修情况。 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 九、主要业务技术人员及管理人员简况 | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职称 | 职务 | 专业 | 单位 | 承担的主要工作 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 十、课题参加单位、协作单位及分工。 |
| 十一、查新检索摘要。 |
| 十二、本单位伦理审查意见。  负责人（签章）年月日 |
| 十三、本单位学术委员会意见。  负责人（签章）（公章）  年 月 日 |
| 十四、申报单位意见。  （公章）  负责人（签章） 年 月 日 |
| 十五、区（县）卫生健康局或主管部门意见。  （公章）  负责人（签章） 年 月 日 |
| 十六、市卫生健康委审批意见。  （公章）  年 月 日 |