许昌市临床医学研究中心申报书

申报领域：

中心名称：

申报单位： （盖章）

主管部门： （盖章）

填报日期：

许昌市科学技术局

二〇二一年制

填 写 说 明

一、申报书由申报单位组织填写，经推荐部门审核盖章后提交。

二、申报书中的申报单位名称，请按规范全称填写，并与申报单位公章一致，临床中心命名为“许昌市×××临床医学研究中心”。

三、申报书中文字须用宋体小四号字填写，1.2倍行间距。

四、凡不填写内容的栏目，请用“无”标示。用A4纸打印、装订、签章。

五、申报书中推荐部门是申报单位所属主管部门，或所在县（市、区）科技主管部门。

六、表格内各栏如填写不下，可自行顺延加页。

七、务求实事求是、内容详实、文字精炼、数据真实。

许昌市临床医学研究中心申报书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 |  | 单位等级 |  |
| 组织机构代码 |  | 单位性质 |  |
| 申报疾病领域 |  | 重点专科 | 省级□ 市级□ |
| 申报类别 | 中心□ 分中心□ | 联系人 |  | 电话 |  |
| 拟建中心主任相关信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 学位 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 固定电话 |  | 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 主要学术职务和学术成就 |  |
| 中心（分中心）科研团队人员状况 | 总数 | 职 称 | 学 位 |
| 高 级 | 中 级 | 博 士 | 硕 士 | 学士 |
|  |  |  |  |  |  |
| 所申报领域的现有工作基础 | 科研使用面积（m2） | 专业培训面积（m2） | 科研设备总值（万元） | 上年度门诊病例数 | 床位数（张） | 单位3年科研投入（万） |
|  |  |  |  |  |  |
| **一、中心建设的重要性和必要性**（对接省和区域战略需求，阐述所申报领域/临床专科建设临床中心的重要性和必要性） |
| **二、优势和基础**（包括依托单位的总体情况，与申请领域相关的研究基础、取得成效、平台建设和临床资源情况等进行阐述，并以附件证明材料形式提供课题、奖励、论文、专利、临床医学研究、学术会议举办、核心团队、研究经费投入等情况） |
| **三、推动本领域临床及转化研究的总体思路** |
| **四、建设目标及重点任务**（结合通知中心建设的预期目标和本领域的战略分析，研究提出近期研究目标和远期设想，相关指标应明确可考核；突出临床实际需求，研究提出本中心的重点研究任务，针对各具体研究任务进行任务分解并提出任务分工方案） |
| **五、中心构架和运行机制**（中心及网络的组织构架、主要单位和协同（分中心）任务分工；对中心及网络化及运行机制的考虑，包括资源整合方式和协同单位研究模式等）。 |
| **六、条件保障**（包括固定的临床研究专用场所、设施、人员以及专用建设经费、专项科研经费等其它必需的科研条件。包括管理和激励机制建设）。 |
| **七、附件目录**（包括申报领域临床科研能力和水平相关材料清单，见附录1-8；申报单位承诺书，见附录9；附录1-7清单、临床医学研究合作协议书等相关证明材料。证明材料包括中心主任和学术带头人相关佐证材料）。 |
| 申报单位意见 | 签字（盖章）： 年 月 日 |
| 推荐部门意见 | 签字（盖章）： 年 月 日 |

附录1

近5年来承担地厅级以上科研项目/课题情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 立项年度 | 项目/课题名称 | 来源和类别 | 经费（万元） | 负责人 | 项目/课题属性（是否为临床研究） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

附录2

近5年来获市级以上科技成果奖励情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 获奖年度 | 成果名称 | 奖励类别 | 等级 | 本单位获奖排序 | 本单位主要获奖人员及排序 | 成果属性（是否为临床研究） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附录3

近5年以来发表的代表性论文情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 论文题目 | 本单位第一或通讯作者 | 期刊名称 | 年，卷（期）：页 | 影响因子 | 论文属性（是否临床研究） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

附录4

近5年来获得的专利情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 类别 | 本单位排序 | 证书编号 | 授权/获得时间 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附录5

近5年来主持或参加多中心临床医学研究情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 研究名称 | 起始年度 | 类型 | 中心数 | 主要参与单位简称 | 总病例数 | 本单位承担病例数 | 本单位研究负责人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附录6

近5年以来主办或承办学术会议情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 会议名称 | 时间 | 类型 | 参与方式（主办/承办） | 会议人数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附录7

参与临床医学研究中心的核心团队情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 单位 | 科室 | 出生年月 | 学历/学位 | 职称/职务 | 现从事专业 | 省级以上学会任职情况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附录8

中心（分中心）协作单位表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 单位等级/类别 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附录9

承 诺 书

本单位承诺申报书所提供的相关材料属实，本单位能够为临床医学研究中心的建设提供场地、人员及配套资金等相应的条件保障。

单位法人： （签 章）

 申报单位： （签 章）