

附件

项目类别	申报学科	编号

## 内蒙古自治区卫生健康委医疗卫生科技计划项目

### 申 报 书

项目名称:

申请者:

所在单位:

邮政编码:

通讯地址:

联系电话:

起止年限:

申请日期:

内蒙古自治区卫生健康委

二〇二一年制

# 填报说明

一、填写申请书前，请先认真阅读本填报说明。申请书各项内容，要实事求是、逐条认真填写。表达要明确、严谨、字迹要清晰易辨。外来语要同时用原文和中文表达。第一次出现的缩写词，须写出全称。

二、申请书用A4双面打印或复印，于左侧装订成册。各栏空格不够时，请自行加页加行。一式三份（至少一份为原件），由所在单位或盟市卫生健康委签署意见后，报内蒙古自治区卫生健康委科教处。

三、每一个项目的主要成员（含申请者）只允许申报1个项目。

四、封面右上角“项目类别”和“申报学科”由申请者填写，“编号”由内蒙古自治区卫生计生委科教处填写。

五、“项目类别”请填写为基础医学、预防医学、临床医学、蒙医药学、中医学、卫生管理学等六类；“申报学科”基础医学、预防医学学科请填写二级学科（如生理解剖学、传染病防治学等），临床医学填报三级学科（如心血管内科、普外科等），蒙中医学可填写二级或三级学科，申报管理类课题可填卫生管理学。

六、在读研究生（无职称者）、已离、退休的卫生科技人员不得作为申请者提出申请，但可作为项目组成员参加研究。

七、本申请书与批准意见表同时作为立项依据。

八、本申请书后必须附有申报项目查新报告。



研究内容和意义	摘  要	
	主题词	1. 主题词数量不多于三个; 2. 主题词之间空一格(英文用/分隔)。
	中文	
	英文	

- 注: 1. 此表必须逐项认真填写, 采用国家公布的标准简化汉字。
2. 项目名称确切反映研究内容和范围, 最多不超过二十五个汉字(包括标点符号)。
3. 申报学科填写要和扉页相对应, 基础医学、预防医学填写二级学科, 临床医学填报三级学科(如心血管内科、普外科等), 蒙中医药可填写二级或三级学科, 申报管理类课题可填卫生管理学。
4. 申请金额以万元为单位, 用阿拉伯数字表示, 注意小数点。
5. 起止年月: 起始时间从列入计划年度的9月份算起, 终止时间为完成年度的12月。
6. 专业或特长指长期从事技术岗位和研究的专业, 最多不超过十个汉字。
7. 参加单位数指研究项目组主要成员所在单位数, 包括主持单位和合作单位(合作者所在单位), 以阿拉伯数字表示。
8. 项目组主要成员指每年参加研究工作四个月以上、在项目组内起主要作用人员, 最多填写7人, 要求本人签章。

## 二、立项依据

项目的研究意义，国内外研究现状及发展趋势分析，主要参考文献及出处:

### 三、研究方案

1. 研究内容和研究目标，拟解决的关键问题

## 2. 研究思路、方法、技术路线、实验方案及可行性分析

### 3. 本项目的特色和创新之处

#### 4. 研究进度计划

5. 预期研究成果:

#### 四、研究基础

1. 与本项目有关的研究工作积累和已取得的研究工作成绩

2. 已具备的实验条件和资料, 尚缺少的实验条件和资料及解决的途径

3. 申请者和项目组主要成员研究工作简历，与本项目有关的研究工作积累和已取得的研究成绩；近期发表与本项目有关的主要成果、论著目录、获得学术奖励情况及在本项目中承担的任务：

4. 申请者正在承担的本行业其它研究项目（名称、编号、任务来源、起止年月、负责或参加以及与本申请项目的关系等情况）:

5. 申请者正在承担的有关行业研究项目（名称、编号、任务来源、起止年月、负责或参加以及与本申请项目的关系等情况）:

## 五、经费预算

单位：万元

分类	投资总额	卫生健康委 拨款	盟市卫生健康委拨款	自筹	贷款	其他
人民币 (万元)						
外汇 (万美元)						
申请资助总金额						
支出科目(业务费)	金 额	计算依据及理由				
设备费	仪器设备	型号(数量)	金额	用 途		
说明：仪器设备每台单价一千元以上的须逐项填写。						

## 六、申请者所在单位（包括合作单位）的审查与保证

1. 申请者所在单位学术委员会审查意见（包括：对本项目的意义、特色和创新之处、立论依据、研究方案、经费预算、已具备的工作条件和申请者及项目组主要成员的素质与水平等签署具体意见）：

学术委员会负责人

年 月 日

2. 合作单位领导审查意见：

合作单位 1

日期 年 月 日

合作单位 2

日期 年 月 日

3. 申请者所在单位领导审查意见与保证

已按填报说明对申请人进行了资格审查，同意学术委员会的审查意见，并保证在项目获得资助后做到以下几点：

- (1) 保证对研究计划实施所需的人力、物力和工作时间等条件给予支持。
- (2) 对博士学位申请者，申请单位给予 1: 1 经费匹配。
- (3) 保证科研补助经费按财务要求使用，并全部用于项目研究。
- (4) 需要说明的其它问题。

单位负责人（签章）

单位（公章）

年 月 日

4. 盟市卫生健康委或主管部门审核意见:

盟市卫生健康委或主管部门

年 月 日





**内蒙古自治区爱国卫生服务中心  
(原内蒙古自治区医学科技信息研究所)  
查新检索委托书**

编号

委托人单位	名称				
	纳税人识别号				
委托人		科 别		委托日期	
通讯地址					
邮政编码		手机号			
邮 箱					
题 目	中文:				
	英文: (国内检索无需填写此项)				
检索要求	国内 ( ) 国内外 ( ) 请在括号中打 √				
本课题的创新点及技术要点 (简洁明了, 尽量保持在 200 字左右, 详细内容可另附一页进行说明。)					
项目类型 在 ( ) 内打 √	科研立项 ( ) 成果鉴定 ( ) 一般检索 ( ) 论文评估 ( ) 新技术新项目评估 ( ) 报奖 ( )				
检索词					
备注	以上均为委托人需要填写的内容, 国外查新需同时填写课题名称及检索词的中英文内容				

联系地址: 呼和浩特市赛罕区 35 中西巷 1 号(北楼 412)

邮件地址: [chaxinchu@163.com](mailto:chaxinchu@163.com)

邮编: 010010

联系电话: 0471-6944638

联系人: 魏娜 辛艳旭