附件

项目编号＿＿＿＿

河北省药学会

钙通道拮抗剂类血压药品、非甾体类抗炎药品、抗抑郁类药品临床综合评价专项课题研究

申报书

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 申报单位 |  |
| 联 系 人 |  |
| 手机 |  |
| 电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 通讯地址及邮编 |  |
| 填报时间 |  |

河北省药学会制

2023年7月

**填 写 说 明**

1、内容填写自备附页，用纸大小与封页一致，字迹清楚，装订整齐后按申报要求上报。

2、填写提纲所列内容，要全面详细、如实填写。

3、封面角上“项目编号”请勿填写

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、课题基本情况** | | | | | | | | | | | |
| 课题类别 | | | | 自拟课题 | | | | | | | |
| 课题名称 | | | |  | | | | | | | |
| 研究起止日期 | | | |  | | | | | | | |
| 申请经费（万元） | | | |  | | | | | | | |
| **二、** **申报单位情况** | | | | | | | | | | | |
| 课 题 申 报 单 位 | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 课题负责人 | 姓名 | | |  | 课题联系人 | 姓名 | | |  | |
| 手机 | | |  | 手机 | | |  | |
| 电子邮箱 | | |  | 电子邮箱 | | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 传真 | |  | | | 单位电话 | | |  | | |
| 合作单位意见：  （单位公章）  合作单位负责人（签章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **三、** **课题负责人** | | | | | | | |
| 姓 名 | 性别 | 出生  年月 | 职务  职称 | 所学  专业 | 现从事  专业 | 所在  单位 | 在本课题中  承担的任务 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **四、主要参与人员** | | | | | | | |
| 姓 名 | 性别 | 出生  年月 | 职务  职称 | 所学  专业 | 现从事  专业 | 所在  单位 | 在本课题中  承担的任务 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **五、** **立项背景和依据** |
| 课题的研究目的、意义， 针对问题和意见建议的提纲 |
| **六、研究方案** |
| 1、主要研究内容、 预期目标以及主要考核指标 |
| 2、研究方法、技术路线以及本课题的创新之处 |
| 3、计划进度和阶段目标 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4、预期研究成果及形式 | | |
| **七、研究基础与条件** | | |
| 课题负责人及主要研究人员在与本研究课题有关研究方面工作积累  和已取得的研究工作成就 | | |
| **八、费用预算**  根据工作实际进行测算（万元） | | |
| 开支范围 | 金额 | 备注（依据） |
| 设备费 |  |  |
| 材料费（含药品、试剂等有关材料） |  |  |
| 专家劳务费/咨询费 |  |  |
| 会议/差旅费 |  |  |
| 出版/文献/信息传播/知识产权事务费论文发表版权费 |  |  |
| 其他 |  |  |

有关说明：

\* 论文要写明作者、题目、刊名、年份、卷（期）、页码

\* 专著要写明作者、书名、出版社、年份

\* 研究项目要写明名称、编号、任务来源、起止年月、负责或参加的情况以及与本课题的关系

\*此项目的科研成果及其知识产权归河北省药学会所有