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