附件：2

**河北省药学会**

**2022年度医院药学科研项目立项项目合同书**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 立项单位（公 章） |  |
| 立项单位类型 |  |
| 联系人 |  |
| 手机 |  |
| 电话 |  |
| 通讯地址及邮编 |  |
| 电子信箱 |  |
| 填报日期 |  |

河北省药学会 制

二○二二年

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、项目立项单位基本情况 | | | | | | | | |
| 申报单位 | | |  | | | | | |
| 联 系 人 | | |  | | 职称/职务 | |  | |
| 单位地址 | | |  | | 联系人手机 | |  | |
| 电子信箱 | | |  | | 传 真 | |  | |
| 开户名称 | | |  | | 开户银行 | |  | |
| 银行账号 | | |  | | 开户行行号 | |  | |
| 二、项目概况 | | | | | | | | |
| 项目名称 | | |  | | | | | |
| 项目类别 | | | □定向课题  □面上课题  □青年课题 | | | | | |
| 匹配金额 | | | □10万  □2.0万元  □0.5万元 | | | | | |
| 项目举办时间  及完成时间 | | |  | | | | | |
| 三、立项依据和目的 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 四、项目主要内容 | | | | | | | | |
| 注：项目须标明会议背景、名称、主题、参与项目专家、时间、地点、规模等要素。 | | | | | | | | |
| 五、项目预期成果 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **六、**项目负责人及主要参与专家 | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | | 工作单位 | | 职务/职称 | | 备 注 |
| 1 |  |  | |  | |  | |  |
| 2 |  |  | |  | |  | |  |
| 3 |  |  | |  | |  | |  |
| 4 |  |  | |  | |  | |  |
| 5 |  |  | |  | |  | |  |
| 6 |  |  | |  | |  | |  |
| 七、费用预算分配 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 八、项目立项单位意见 | | | | | | | | |
| 单位负责人（签名）：  单位公章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 九、河北省药学会评审意见 | | | | | | | | |
| （同意立项）  单位公章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 十、河北省药学会开票信息 | | | | | | | | |
| 名称：河北省药学会  纳税人识别号：51130000506402218N  地址、电话：河北省石家庄市裕华东路179号0311-66030937  开户行及账号：中国工商银行石家庄市西苑支行0402022209249022210 | | | | | | | | |

注：页面不够，可自行添加。

**项目提交时间截止到2022年11月10日，逾期不予办理。**