卫生健康科技发展促进项目-肿瘤全领域临床诊疗研究项目

申请书

**项目名称：**

**项目申请人：**

**申请经费：**

**执行期限：**

**手 机：** **邮箱：**

**邮政编码：** **单位电话：**

**依托单位：**

**通讯地址：**

**申请日期：** **年**   **月**   **日**

**一、基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目申请人情况 | 姓 名 |  | 性 别 | |  | 民 族 | |  | |
| 身份证号 |  | | | 就职医院 |  | | | |
| 科 室 |  | | | 单位电话 |  | | | |
| 职 称 |  | | | 学 位 |  | | | |
| 手机号码 |  | | | 邮箱地址 |  | | | |
| 通讯地址： | | | | | | | | |
| 团队成员情况 | 姓 名 | 身份证号 | 医院/科室 | 职称 | 联系电话 | | 项目分工 | | 签 字 |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
| 项目基本信息 | 研究起止时间 |  | | | 申请研究类型： □基础研究 （“√”勾选） □应用研究  □试验发展类研究 | | | | |
| 药品数量/规格 |  | | | 预算金额 |  | | | |
| 研究课题名称： | | | | | | | | |
| 预计研究患者人数： | | | | | | | | |
| 申请人承诺 | 本人承诺以上申请登记内容均真实有效，申请研究基金预算仅用于XXXX研究中所产生的必须费用支出，保证其研究符合《药品临床试验管理规范》要求简称“GCP要求”。如填报失实或违反规定，本人将承担相应的法律责任。  申请人： 日期： | | | | | | | | |
| 专家评审意见 |  | | | | | | | | |
| 意 见 | 审批人（盖章）： 日期： | | | | | | | | |

**二、研究方案**

|  |
| --- |
| **（一）研究背景、目的、立论依据、国内外研究现状等**   1. **研究目标（包括主要研究终点和次要研究终点）** 2. **研究方法、技术路线（包括试验设计、步骤、病例选择、检测时点、疗效评定标准及统计分析等）** 3. **伦理原则** 4. **计划及进展** 5. **预期成果** |

**三、经费预算**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科目** | **金额（元）** | **明细说明** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 总计 | |  | **大写：** |

**注：按照预算支出类目填写：1.检测费 2.设备费 3.材料费 4.组织实施费 5.劳务费 6.咨询费 7.资料收集费 8.其他费用**