



编号: _____

_____ 研究项目

课 题 申 请 书

项目名称: _____

项目申请人: _____

申请经费: _____

执行期限: _____

手 机: _____ 电子邮箱: _____

依托单位 (盖章) : _____

通讯地址: _____

邮政编码: _____ 单位电话: _____

申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日



填表说明

一、申请书是申请项目的重要资料，请按要求从基金会领取并填写申请书。申请书打印后签字盖章，原件扫描成电子版（PDF 格式）发送到基金会邮箱。

二、表格填写中，有选择项的直接将所选项字体**加黑加粗**即可。

三、工作单位要填写**全称**，科研部门的通讯地址和联系方式须详细填写。

四、申请书壹式壹份，用 A4 纸单面印制，于左侧装订成册，在规定时间内将 1 份纸质申请书原件提交至基金会项目部，纸质材料恕不退还。扫描的电子版申请书发送至指定邮箱。文件名格式：“XX（项目名称）—依托单位名称—联系人”。申请书纸质版和电子版应内容一致（包含签字盖章）且缺一不可，否则视为无效申报。

五、申请人应在报送的时候，将其相应的**资质证明**作为本申请书之附件。

六、如有其他不明问题，请通过以下方式联系我们。

通讯地址：上海市徐汇区枫林路 420 号枫林国际中心二期 A 座 305 室

电话：021-52218303

E-mail：admin.smf@smf.org.cn



上海申江医学科技发展基金会

Shenjiang Medical Foundation

一、基本情况

项目 申请 人 情 况	姓 名		性 别				
	医 院		民 族				
	科 室		单位电话				
	证件类型		证件号码				
	职 称		学 位				
	手机号码		E-mail				
	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				申请研究类型： (“√”勾选)	<input type="checkbox"/> 基础研究 <input type="checkbox"/> 应用研究 <input type="checkbox"/> 试验发展类研究 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	预算金额：						



	研究课题名称：
申请人承诺	<p>本人承诺以上申请登记内容均真实有效,申请研究经费预算仅用于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》。如填报失实或违反规定,本人将承担相应的法律责任。</p> <p style="text-align: right;">申请人： _____ 日期： _____</p>

二、研究方案

<ul style="list-style-type: none"> (一) 研究背景、目的、立论依据、国内外现状等 (二) 研究目标 (包括主要研究终点和次要研究终点) (三) 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) (四) 伦理原则 (五) 计划及进展 (六) 预期成果
--

三、经费预算

序号	费用项目	金额 (元)	明细说明
1			
2			
3			



上海申江医学科技发展基金会

Shenjiang Medical Foundation

4			
5			
总计			

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



上海申江医学科技发展基金会

Shenjiang Medical Foundation

附件：申请人资质证明（复印件）