



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：						



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）