附件1

内蒙古自治区临床医学研究中心

申报书

申报领域：

单位名称： （盖章）

主管部门： （盖章）

填报日期：

内蒙古自治区科学技术厅

**填 写 说 明**

一、申报书由申报单位和主管部门提交意见并签章。

二、申报书中的申报单位名称，请按规范全称填写，并与申报单位公章一致。如有特殊情况，需单独提供证明，说明理由。

三、申报书中文字须用宋体小四号字填写，1.2倍行间距。

四、凡不填写内容的栏目，请用“无”标示。

五、申报书用A4纸打印、装订、签章。一式四份报科技厅。

六、组织机构代码指企事业单位国家标准代码，无组织机构代码的单位填写“00000000-0”。

七、方案中推荐部门指的是申报单位所属的自治区卫生主管部门或所在盟市科技、卫生计生管理部门。

八、表格内各栏如填写不下，可自行顺延加页。

**内蒙古自治区临床医学研究中心申报书**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 |  | | | |
| 单位组织机构代码 |  | | | |
| 申报疾病领域或  临床专科 |  | | | |
| 推荐部门 |  | | | |
| 拟建中心负责人  相关信息 | 姓 名 |  | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  | 职务 |  |
| 电子邮箱 |  | 传真 |  |
| 一、申报书概述（限1000字） | | | | |
| 1. 本单位建立自治区临床医学研究中心的优势及基础（包括与申请领域相关的研究基础，取得的成效，平台建设和临床资源情况等，以附录形式提供课题、奖励、论文、多中心临床研究、样本资源库、核心团队等情况） | | | | |
| 1. 推动本领域临床及转化研究的总体思路 | | | | |
| 1. 中心建设方案和网络构架设想（中心的组织构架、运行机制、核心人员、网络构架、成员分工等） | | | | |
| 1. 研究目标及重点任务（结合对本领域的战略分析，研究提出近期研究目标和远期设想，相关指标应明确可考核；突出临床实际需求，研究提出本中心的重点研究任务，针对各具体研究任务进行任务分解并提出任务分工方案） | | | | |
| 1. 附件目录（包括申报单位的承诺书：对中心及网络建设提供人员、硬件、资金保障等方面的说明及承诺；获得课题奖励、论文、多中心临床研究样本资源库、核心团队情况及其他需要提供的说明材料）。 | | | | |
| 申报单位  意见 | 签名/盖章： 年 月 日 | | | |
| 主管部门  意见 | 签名/盖章： 年 月 日 | | | |

**附录：**

填写要求：（1）填报本申报学科及核心合作单位的情况。（2）如果申报/核心合作单位还有与本表不一致的其他内容，且在项目/课题、奖励、论文等申报内容中有涉及，请单独提出说明，并附证明材料。（3）仅限填报与申报领域相关的内容。

**附录1．近5年牵头承担的项目/课题情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **立项**  **年度** | **项目/**  **课题编号** | **项目/**  **课题类别** | **项目/课题名称** | **经费**  **（万元）** | **负责人** | **单位名称** | **项目属性（是否临床研究）** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：① 可填写本单位及合作单位牵头承担的各类项目/课题，并提供有正式批复的证明、合同首页和合同主要研究内容复印件；

② 项目/课题类别填写国家/自治区计划类别，其它项目/课题不填写。

③“负责人”，仅限填写项目/课题第一负责人姓名；

④ 如有其他需要说明的问题，请在“备注”加以说明。

**附录2．近5年获得的科技及临床医疗奖励情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **获奖**  **年度** | **证书**  **编号** | **成果名称** | **奖励**  **类别** | **奖励等级** | **获奖单位总数** | **本单位获奖人员及排序** | **获奖人员总数** | **本单位获奖人员及排序** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：①“成果名称”，获批并正式公布的各类奖励的具体名称，上报时未完成审批程序的奖励不在统计范畴；

②“本单位获奖排序”，要求注明获得成果的本单位排名次序；

③“本单位获奖人员及排序”，填写本单位所属研究人员姓名及相应排名次序（如存在多人，请依次列出）；

④请提供获奖证明复印件。

**附录3．近5年发表核心期刊论文的情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **论文题目** | **作者** | **单位名称** | **杂志名称（全称）** | **年，卷（期）：页** | **期刊影响因子** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：①“论文题目”，只填写申报单位及合作单位人员作为第一作者或通讯作者发表的论文，且以发表论文当时作者所在单位为准；

②“作者”，仅限填写第一作者或通讯作者；

③“期刊影响因子”，要求填写申报时的最新期刊影响因子数据，降序填写。

④请提供论文首页复印件。

**附录4．近5年主持或参加多中心临床医学研究情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **起始年度** | **类型** | **中心数** | **全部参与**  **单位名称** | **总病例数** | **本单位承担病例数** | **研究名称** | **本单位研究负责人** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：①“类型”，如国际主持、国内主持、参加等；

②附主持或参加临床医学研究的相关证明材料。

**附录5．目前已建立样本资源库情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **病种** | **样本种类** | **建立起始年度** | **样本量（份）** | **样本区域面积（m2）** | **信息化管理系统（有/无）** | **管理人员姓名** | **相关SOP（有/无）** | **本单位可使用的样本量（份）** | **样本资源库是否建立在本申报单位之内（是/否）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：①“样本种类”，需填写保存的样本为血浆、血清、血细胞、核酸、蛋白质、组织等何种样本；

②“相关SOP”，指有无相关样本资源库的“标准操作流程”，填写“有”或“无”，如填写“有”，则需附SOP文件。

**附录6．本单位及核心合作单位主要团队情况（全部固定人员）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **所在科室** | **性别** | **年龄** | **职称** | **职务** | **专业** | **省级以上学会任职或其它需要说明的情况** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附录7．**

**中心资金预算总表**

单位：万元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **资金来源** | **投资金额** | **年度投资预算** | | | |
| 年 | 年 | 年 | 年 |
| **申请财政专项资助** |  |  |  |  |  |
| 依托单位投入 |  |  |  |  |  |
| 其他承担单位投入 |  |  |  |  |  |
| 上级单位投入 |  |  |  |  |  |
| 银行贷款 |  |  |  |  |  |
| 其他渠道 |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |

注：计算依据简要说明可另附页。

**附录8.**

**承 诺 书**

本单位承诺申报书所提供的相关材料属实，本单位能够为临床医学研究中心的建设提供 （万）经费保障，保证不挪作他用，中心硬件、设施、设备及场地面积配套到位。

单位法人： （签 章）

申报单位： （签 章）