申请编号：

**新乡医学院**

**河南省分子诊断与医学检验技术**

**协同创新中心开放课题申请书**

项目名称：

项目负责人：

所属单位： （盖章）

联系电话：

电子邮箱：

填表日期：

填写要求

一、以word文档格式如实填写各项，填写内容必须实事求是，表述明确严谨，空缺项填“无”；

二、表格中字体小四号仿宋体，1.5倍行距；签字部分黑色签名；

三、表中空格不够时，可另附页，第六-八项须在同一页面；

四、申请表一律用A4纸打印，并装订成册；

五、项目执行时间一般为2年；项目资助强度为2-4万元/项

六、本申请书一式三份。确定立项资助的项目申请书，分子诊断与医学检验技术协同中心办公室一份，项目负责人所在单位一份，项目负责人一份；

七、负责人申请项目获资助后，必须以“新乡医学院分子诊断与医学检验技术河南省协同创新中心”为第一申请单位获批发明专利一项，如无法完成申请书预期目标，协同中心将收缴其剩余资助经费，经费已使用部分需完全退回。

八、既往专利及成果需提供复印件；代表性论文2篇需提供论文首页

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 拟申请专利类型 | □发明专利 □实用新型专利 □外观设计专利 |
| 拟申请专利方式 | □以协同创新中心名义申请 □个人申请 |
| 起止时间 |  |
| 项目申请人情况（个人、专利、成果、论文） |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 学历学位 |  |
| 职称职务 |  | 所在院系 |  | 研究方向 |  |
| 教育科研经历 | 科研经历需提供在研项目情况 |
| 既往申请专利情况 | 专利名称、类型、授权号、申请日期、是否转化（如转化请提供金额） |
| 代表性论文5篇 | 如果是SCI收录需备注IF |
| 如果是SCI收录需备注IF |
| 如果是SCI收录需备注IF |
| 如果是SCI收录需备注IF |
| 如果是SCI收录需备注IF |
| 科研成果 | 名称、等级、年度、名次 |
|  |
|  |
|  |
| 项目组成员信息 |
| 姓名 | 学历 | 年龄 | 所在院系 | 电话 | 项目分工 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 一、项目研究意义、国内外研究现状(提供主要参考文献)、创新之处 |
| 二、项目研究内容、拟解决的关键问题 |
| 三、项目研究进度及安排 |
| 四、经费预算 |
| 申请资助经费总额： 万元 |
| 经费预算 | 支出项目 | 金额 | 备注 |
| 实验试剂耗材费用 |  |  |
| 资料文印 |  |  |
| 测试费 |  |  |
| 交通费 |  |  |
| 其他费用 |  |  |
| 合计 |  |  |
| 资助项目经费总额（获批后由协同中心填写）： 万元 |
| 五、项目的预期成果形式及考核指标完成项目研究工作，申请□发明专利、□实用新型专利、□外观设计专利并被国家专利行政部门受理。 |

|  |
| --- |
| 六、项目负责人所在单位推荐意见负责人： 年 月 日 |
| 七、专家组评审意见专家组组长： 年 月 日 |
| 八、协同创新中心意见中心负责人： 年 月 日 |