**滁州市“十四五”卫生健康规划**

**项目申请书**

项目名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

项目申请负责人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

所在单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填表日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

滁州市卫生健康委员会制

项目申请负责人承诺：

我承诺对本人填写的各项内容的真实性负责，保证没有知识产权争议。滁州市卫生健康委员会有权使用本表所有数据和资料。

项目申请负责人（签章）：

年 月 日

填　表　说　明

一、本申请书请如实填写，填写前须仔细阅读《关于<滁州市“十四五”卫生健康发展规划>项目的询价公告》。

二、本申请书一式四份整体打包密封,注明滁州市“十四五”卫生健康规划项目申请字样。

通讯地址：滁州市清流西路246号卫生健康委规划信息科（703室）。联系人：刘世程，联系电话：0550-3071067。

三、凡递交的申请书及附件概不退还。

**一、项目申请单位及主要成员**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位名称 |  |
| 项目申请负责人姓名 |  | 出生年月 |  |
| 专业职称 |  | 职务 |  | 研究专长 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 | 办公 |  | 移动 |  | 传真 |  |
| E-mail |  |
| 联系人姓名 |  | E-mail |  |
| 联系人电话 | 办公 |  | 移动 |  | 传真 |  |
| 主　要　成　员（可附页） | 姓 名 | 出生年月 | 职称 | 职务 | 工作单位 | 在本项目中承担的任务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**二、项目申请负责人和主要成员近五年完成的与本项目相关的研究成果**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主要成果（限填20项）** | **成果名称** | **作者** | **成果形式** | **采购单位或出版单位** | **完成时间** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**三、项目工作方案**

|  |
| --- |
| **主要内容包括：**1、研究背景和目标；2、研究思路；3、研究提纲；4、研究方法；5、工作实施进度安排及人员分工安排；6、主要创新点；7、其他需要说明的情况。 |

**四、课题经费报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **明细项目** | **金额（万元）** | **费用内容** |
| 1 | 图书资料费 |  |  |
| 2 | 调研差旅费 |  |  |
| 3 | 会议费 |  |  |
| 4 | 印刷费 |  |  |
| 5 | 专家咨询费 |  |  |
| 6 | 专家评审费 |  |  |
| 7 | 其他 |  |  |
|  | 最终报价 |  （单位公章） |

**五、申请人所在单位意见**

|  |
| --- |
| 项目申请负责人所填写的内容是否属实；本单位是否同意，能否提供完成本项目所需的时间和条件等。 单位公章 年 月 日 |