附件3

国家卫生健康委医院管理研究所
基于真实世界证据的医疗器械临床使用

评价项目第五期课题申报书

课题名称：

申报单位：

联 系 人：

固定电话：

手 机：

电子邮箱：

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位基本情况 | 申报单位 |  | 医院级别 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 项目负责人基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 学历 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  | 手机 |  |
| E-mail |  |
| 主要学术职务 |  |
| 学术方向 |  |
| 1. 研究背景
2. 研究目标
3. 研究内容
4. 研究方法
5. 预期成果
6. 研究团队已有的相关学术成果
7. 课题组成员（包括课题负责人）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 单 位 | 职务/职称 | 承担任务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| 项目负责人（签字） |  年 月 日 |
| 申报单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |