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 | | | |