附件2

**2024医学工程研究项目课题申报书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 课题名称： | （申报课题名称） | | |
| 课题类别 | 医疗器械临床使用评价（第 个）□  医疗设备质量控制研究（第 个）□  医学工程管理研究（第 个）□ | | |
| 申请人： |  | 手机： |  |
| 电子邮件： |  | 电话： |  |
| 所在单位（盖章）： |  | | |
| 课题起止时间： | 2024年 月 日至 年 月 日 | | |
| 课题申请经费： | 万元 | | |
| **国家卫生健康委医院管理研究所制**  **（2022年版）** | | | |

一、课题简表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题信息 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 类别 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请金额 | | 万元 | | | | | | | | | | | | | |
| 研究年限 | | | 2024年 月 日——年 月 日（限两年内） | | | | | | | | | | | | |
| 课题组成员信息 | 总人数 | 高级 | | | 中级 | | 初级 | | 博士后 | | | 博士生 | | 硕士生 | | 参加单位数 |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| 姓名 | 出生日期 | | | | 性别 | | 年龄 | | 职称 | 学位 | | 工作单位 | | 课题分工 | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |

1. 课题申请书正文

请申报单位参照以下提纲撰写，要求内容翔实、清晰，层次分明，标题突出。

1. **课题拟解决的科学问题、关键技术和研究目标（500字）**

围绕研究方向提出的研究内容和考核指标，凝练拟解决的科学问题或关键技术，提出预期目标，科学目标和技术指标应细化、明确、可考核。

**1.研究内容**

**2.拟解决的关键（问题）技术**

**3.预期目标**

**4.技术指标和考核方式**

1. **研究内容与创新点（1500字）。**

围绕科学问题的内涵和关键技术的难点，阐述课题的研究重点、研究思路、研究方案、实施计划。

1. **研究工作基础（500字）。**

课题负责人已取得的研究工作基础积累及水平，包括创新性研究成果、在国内外同行中的水平及优势。

1. **课题负责人研究背景（500字）。**

包括工作简历、近五年主要研究成果。

三、课题经费预算表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科目名称 | 金额（万元） | 备注 |
| 1 | 设备费 |  |  |
| 2 | 材料费 |  |  |
| 3 | 测试化验加工费 |  |  |
| 4 | 差旅费 |  |  |
| 5 | 会议费 |  |  |
| 6 | 国际合作与交流费 |  |  |
| 7 | 出版/文献/信息传播/知识产权费 |  |  |
| 8 | 劳务费 |  |  |
| 9 | 专家咨询费 |  |  |
| 10 | 其他 |  |  |
|  | 合计 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申请人签字：** | | |
| 日期：2024年 月　 日 | | |
| **单位审核意见：** | | |
| 单位负责人签字： |  | 单位（公章） |
| 日期：2024年 月 　日 | | |

四、本人签名及单位审核