**项目编号：**



**南京医科大学第二附属医院**

**医工融合创新项目申请书**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称：** |  |
| **负责人：** | （南医大二附院） |
|  | （工信院） |
| **填报日期：** |  |

南京医科大学第二附属医院

2023年2月制

一、申报项目基础信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | |
| 经费预算 | 经费总额 万元 | | | |
| 起止年月 | 年 月至 年 月 | | | |
| 南医大二附院  负责人 | 姓 名 |  | 所属部门 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 电 话 |  | 邮 箱 |  |
| 工信院  负责人 | 姓 名 |  | 所属科室 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 电 话 |  | 邮 箱 |  |
| 项目简介  （500字） |  | | | |

二、申报项目具体情况

|  |
| --- |
| **（一）立项背景及项目目标、成果（不超过2000字）**   1. 科学问题来源及国内外现状分析 2. 合作双方的互补性与竞争优势（重点表述） 3. 项目目标及成果的呈现形式。 |
| **（二）项目实施内容、计划安排（不超过3000字）**   1. 项目实施内容（拟解决的关键技术、临床应用等问题，针对这些问题拟开展的主要研究内容） 2. 项目拟采取的研究方法、技术路线（针对项目研究拟解决的问题，拟采用的方法、原理、机理等，） 3. 项目研究方法（技术路线）的可行性分析 4. 项目计划安排（明确时间节点和阶段性考核指标，以季度为单位）   20XX年XX月：  阶段性考核指标：  20XX年XX月：  阶段性考核指标：  …… |
| **（三）项目实施基础（不超过1000字）**  技术基础、临床基础、产业化基础等 |
| **（四）项目组织实施、保障措施及风险分析**   1. 项目组织实施、合作机制   包括项目内部组织管理方式、工作分工、协调机制等，限1000字以内。   1. 保障措施   项目实施的组织和资源支撑条件，限1000字以内。 |
| **（五）知识产权权属约定**  项目背景知识产权归各自所有，由双方共同研究的成果和形成的知识产权归双方共有。涉及到共有知识产权的处置和收益时，在符合国家有关法律、法规前提下由双方友好协商处理。 |

三、项目团队构成

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 职称 | 所在单位及部门/科室 | 从事专业 | 项目分工 | 年度工作时间（月） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**四、经费预算**

**资金预算表**

**（单位：万元）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科目名称 | 合计 | 备注 |
| 1 | 设备费 |  |  |
| 2 | 业务费 |  |  |
| 3 | 劳务费 |  |  |

**五、部门意见**

|  |
| --- |
| 本部门已就所申请材料内容的真实性和完整性进行审核，项目负责人和团队具有良好的业务素质，能够承担本项目的研究工作，经费预算合理。本科室能提供完成本项目所需的时间和条件。  南医大二附院 科室  科室主任（签字）：  项目负责人（签字）：  年 月 日 |
| 本科室已就所申请材料内容的真实性和完整性进行审核，项目负责人和团队具有良好的业务素质，能够承担本项目的研究工作，经费预算合理。本部门能提供完成本项目所需的时间和条件。  工信院 部门  部门主任（签字）：  项目负责人（签字）：  年 月 日 |

**六、单位伦理委员会意见**

|  |
| --- |
| 研究课题若涉及伦理问题，需经所在单位伦理委员会提出意见。  负责人签章：  公 章：  年 月 日 |

**七、专家评审组综合意见及医院学术委员会主任委员审核意见：**

|  |  |
| --- | --- |
| 1、专家评审组综合意见：  专家组组长 （签名） 年 月 日 | |
| 2、医院学术委员会主任委员审核意见：  主任委员（签名）： 年 月 日 |