计划类别：市创新能力建设计划

指南代码：

项目受理号：

**镇江市科技计划项目申报书**

（市级临床医学重点实验室）

项目名称：

项目类别： 临床医学重点实验室

申报单位：

单位地址：

项目负责人： 电话：

项目联系人： 电话：

主管部门：

申报日期： 年 月 日

镇江市科学技术局

项目法人信用承诺书

本项目法人承诺严格遵守《镇江市市级科技创新专项资金管理办法》、《镇江市科技计划项目实施及验收管理办法》和《镇江市科技计划及其经费管理办法》等有关规定，为项目实施提供承诺的条件，严格执行经费管理等相关规定。承诺所提供申报资料真实可靠，项目组成员身份真实有效，无编报虚假预算、篡改单位财务数据、侵犯他人知识产权等失信行为。

本项目法人承诺如有失实或失信行为，愿意根据相关规定，承担以下责任：

1、取消项目评审资格；

2、撤销项目立项，并收回市拨经费；

3、记入不良信用记录，并接受相应处理；

4、其它相关法律责任等。

项目负责人（签字）：

单位法人（签字）： （公 章）

年 月 日

项目主管部门信用承诺书

按照市科技计划项目申报的要求，我们对该项目进行了认真审查，该项目单位提交的项目申报资料完整齐全、真实有效，该单位无不良信用记录，项目负责人和申报单位符合本计划申报资格要求。

本主管部门承诺在审查推荐项目过程中，无违规推荐、审查不严等失信行为。承诺按照相关管理规定，切实履行项目主管部门管理职责。如有失实或失信行为，本部门承诺承担相关责任。

（公 章）

年 月 日

# 一、项目建设的意义与必要性（模板标题）

（项目所属专科国内外发展现状及最新发展趋势，项目建设目的、意义及建设优势等）

|  |
| --- |
|  |

# 二、项目实施基础（模板标题）

## 1、项目承担单位和合作单位基本情况（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

## 2、项目负责人及科研团队情况（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

## 3、现有基础条件（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

## 4、近5年来项目负责人及科研团队承担的主要科技计划项目、获得的知识产权、科技奖励及代表性创新成果等情况

|  |
| --- |
|  |

# 三、项目主要目标和建设任务（模板标题）

## 1、总体目标（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

## 2、主要研究方向（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

## 3、组织功能构架（框图）（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

## 4、主要任务及考核指标（建设期3年）（模板标题）

### （1）基础设施建设任务（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

### 临床研究主要任务（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

### （3）科研团队建设与人才培养任务（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

### （4）管理体制与运行机制建设任务模板标题）

|  |
| --- |
|  |

### （5）项目考核指标（（考核指标应明确、量化、可考核）模板标题）

|  |
| --- |
| **①基础设施建设考核指标**  **②科研团队建设与人才培养考核指标**  **③临床研究考核指标**（诊疗规程、临床新技术、相关标准认证、推广应用等）  **④体制机制考核指标**（管理体制和运行机制）  **⑤其他考核指标**（市级及以上科技计划项目和科技奖项、论文、专利等） |

# 四、项目实施计划（模板标题）

## 1、项目建设规模及资金来源与构成比例（模板标题）

|  |
| --- |
|  |

## 2、项目建设经费（含市拨经费）的支出预算及仪器设备添置清单

|  |
| --- |
|  |

## 3、项目实施的计划进度与阶段性目标（模板标题）

|  |  |
| --- | --- |
| 工作进度 | 主要工作目标及工作内容 |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |
| 年 月至 年 月 |  |

## 4、项目人员安排（模板标题）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人 | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 工作单位及部门 | 从事专业 | 技术职称 | 承担的岗位职责 | 为本项目工作时间（%） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主要科研人员 | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

# 五、审查推荐（模板标题）

|  |  |
| --- | --- |
| **承担单位** | 法人代表（签章）：  （公章）  年 月 日 |
| **合作单位** | 法人代表（签章）：  （公章）  年 月 日 |
| **主管部门** | 负责人（签字）：  （公章）  年 月 日 |

# 六、相关附件（模板标题）

1. 申报单位三级甲等综合性医院证明材料；

2. 所申报临床专科等级证明材料；

3. 项目负责人职称证明材料以及承担市级科技计划项目或作为项目骨干参与省级以上科技计划项目证明材料；

4. 科研团队近五年承担省级及以上科技计划项目证明材料；

5. 科研人员证明材料（博士研究生学历证明等）；

6. 科研团队近五年主要科技成果证明材料（申请与授权专利、成果鉴定、科技及临床医疗奖励等证书）；

7. 有合作单位的请提供合作协议；

8. 其它相关材料。