北京市科技计划课题

申报信息表

（专项A本）

课题名称：

所属项目名称：

所属领域： 医疗卫生

所属类别： 公益应用类

课题承担单位：

市科委主管处室：医药健康科技处

起止年限：

北京市科学技术委员会制

二〇 年 月

编 制 说 明

（请填写前认真阅读本说明）

1．本信息表适用于申报北京市科技计划项目，由申报单位依据《北京市科技计划项目（课题）管理办法》组织编写。

2．本信息表统一采用宋体小四字体填写；确认所填信息真实、完整并经科研管理部门**审查无误后将本信息表转换成PDF文档（大小不超过10M，且不可采用任何形式的文档保护和加密）**，上传至申报系统。**请确保转换后的文件未出现缺页、乱码和不能读取等情况。文件名称规范为：“课题名称--A本”。**

3．本信息表中所有栏目均需填写，凡无内容填写的栏目，请用“/”或“无”表示。第一次出现外文名词时，请写清全称和缩写，再出现同一词时可以使用缩写。

4．快速伦理审查批件应扫描后以图片格式粘贴在本信息表中的相应位置。

|  |
| --- |
| 课题承担单位基本信息 |
| 单位名称 |  |
| 组织机构代码 |  | 隶属关系 |  |
| 上级主管单位名称（一级法人） |  |
| 单位类型 |  |
| 单位地址 |  |
| 注册地所属区县 |  | 注册时间 |  |
| 邮政编码 |  | 单位传真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 高新证书号 |  | 所在高技术开发区 |  |
| 单位负责人 |  | 联系方式 |  |
| 单位科技管理部门负责人 |  | 联系方式 |  |
| 课题负责人 |  | 联系方式 |  |
| 财务负责人 |  | 联系方式 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 市科委认定研发机构批准号 |  |

|  |
| --- |
| **一、课题承担单位、参加单位、课题负责人、课题研究人员**（可另加页） |
| **1、课题承担单位名称** | **2、课题参加单位(非本单位）** |
|  | 单位名称 | 主要任务分工 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **3、课题负责人**（课题负责人应从课题承担单位产生） |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 身份证号 |  | 技术职称 |  |
| 学 历 |  | 从事专业 |  | 职务 |  |
| 电 话 |  | 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 传 真 |  | 电子信箱 |  | 手机 |  |
| 主 要业 绩 | （阐述课题负责人的研究经历和主要研究方向，说明与本课题相关的研究工作和获奖及成果、发表论文情况等。）  |
| **4、课题研究人员** |
| 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号 | 技术职称 | 职务 | 学 历 | 从事专业 | 主要分工 | 工作单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**二、医学伦理审查批件**

批件内容包括：

1、课题或研究名称

2、所涉及的伦理问题

3、伦理审查评议意见

4、单位及日期