附表

**自治区医保局2024年委托课题研究**

**申 请 表**

课题名称：

申 请 人： 电 话：

承担单位：

通讯地址：

邮政编码： 单位电话：

电子邮箱：

申报日期： 年 月 日

自治区医保局

2024

**填 报 说 明**

1. 本申请表是申请自治区医保局研究课题的依据，填写内容须实事求是，表述应明确、严谨。相应栏目请填写完整。
2. 每个申请课题单独填写课题申请，同一申请表申请两个或两个以上项目视作无效。申请表应为A4开的计算机打印稿，具体报送份数请按照公告要求准备。
3. 课题名称须按征集公告中所设定的要求填写。
4. 课题申请表填好后，加盖单位公章，按照征集公告要求报送。

一、课题负责人及所在单位基本信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题  负责人 | 姓 名 |  | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 学历/学位 |  | 职称/职务 |  |
| 所在单位 |  | | |
| 固定电话 |  | 手 机 |  |
| 传真号码 |  | Email |  |
| 课题  联系人 | 姓 名 |  | 手 机 |  |
| 固定电话 |  | 传真号码 |  |
| Email |  | | |
| 课题  承担  单位 | 单位名称 |  | | |
| 法人代表或负责人 |  | | |
| 通讯地址 |  | | |
| 单位性质 |  | 邮政编码 |  |
| 组织机构代码 |  | 所在省市 | 省 市 |
| 联系电话 |  | 传真号码 |  |
| 单位主管部门 |  | | |
| 课  题  承  担  单  位  基  本  情  况  简  介 | （500字以内） | | | |
| 课  题  负  责  人  基  本  情  况  简  介 | （500字以内） | | | |

二、研究主要内容

|  |
| --- |
| （可加页） |

三、工作方案（包括时间进度、阶段目标和预期成果等）

|  |
| --- |
| （可加页） |

四、研究方法及本课题的创新之处

|  |
| --- |
| （可加页） |

五、承担单位（合作单位）及主要研究人员

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承担单位 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 合作单位 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 课题负责人 | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | | 职务  职称 | | 业务专业 | 为本课题工作时间(%) | | 在课题中  分担的任务 | | 所在单位 | | 身份证件号码 | |
|  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 主要研究人员 | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |

注：可加页签字和盖章页(此页打印后签字盖章)

申请人承诺：

我保证申报书内容的真实性，且本人无科研不端行为。如获得资助，我将履行课题负责人职责，严格遵守自治区医保局的有关规定，切实保证研究工作时间，认真开展研究工作，按时报送有关材料。研究过程中尊重科研规律，弘扬科学家精神，遵守科研伦理道德和科研诚信要求。若填报失实和违反规定，本人将承担全部责任。

签字：

时间： 年 月 日

承担单位承诺：

已按填报说明对申请人的资格和申报书内容进行了审核。申请课题如获资助，我单位保证对研究计划实施所需要的人力、物力和工作时间等条件给予保障，严格遵守自治区医保局有关规定，督促项目负责人和项目组成员以及本单位项目管理部门按照自治区医保局的规定及时报送有关材料。

承担单位公章

日期： 年 月 日