兰州大学第二医院DCD器官移植课题申报书

项 目 名 称：

项 目 负 责 人：

负责人所在科室：

填 表 日 期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 兰州大学第二医院 | 器官移植管理中心 |
| 科技处 |

2017年制

一、基本情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究项目 | 项目名称 |  |
| 申请金额 |  | 预计完成时间 |  |
| 拟使用单位 |  |
| 预期经费 |  |
| 项目负责人 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 专业技术职称 |  | 所在单位及部门 |  |
| 研究专长 |  | 联系电话 |  |
| E-mail |  | 办公电话 |  |
| 主要参与人员 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 研究专长 | 工作单位或科室 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

二、立项依据和工作基础

|  |
| --- |
| 1、立项依据 |
| 2、工作基础 |
| 3、意义及社会效益分析 |

三、项目内容及方案

|  |
| --- |
| 1、项目内容 |
| 2、项目实施方案 |

四、项目经费支出预算

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 经费科目 | 预算金额（元） | 经费开支明细 |
| 1 | 专家咨询费 |  |  |
| 2 | 出版印刷费 |  |  |
| 3 | 劳务费 |  |  |
| 4 | 其他 |  |  |
|  |  |  |  |

五、审核意见

|  |
| --- |
| 审核意见：医疗机构或部门负责人（签名）：公章年 月 日  |
| 部门审核意见： 器官移植管理中心 科技处 年 月 日 年 月 日 |
| 医院审核意见：兰州大学第二医院 公章年 月 日 |