|  |  |
| --- | --- |
| 年度 | 2017 |
| 编号 |  |

贵州省普通高等学校特色药物肿瘤防治

特色重点实验室开放课题申请书

**课题名称：**

**申 请 人：**

**工作单位：**

**通讯地址：**

**邮政编码：**

**电话传真：**

**E –mail：**

**申请日期：**

贵州省普通高等学校特色药物肿瘤防治特色重点实验室

年 月

**申请者的承诺：**

我保证如实填写本表各项内容。如果获准立项资助，我承诺以本表为有约束力的协议，遵守《贵州省普通高等学校特色药物肿瘤防治特色重点实验室开放基金项目管理办法》的有关规定，认真开展研究工作，取得预期研究成果并按时结题。贵州省普通高等学校特色药物肿瘤防治特色重点实验室有权使用本表及项目研究成果中的所有数据和资料。

申请者（签章）

20 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一．项目负责人基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | 学历 | | |  | 学位 |  |
| 职称 |  | | 职务 |  | | 主要研究领域 | | | |  | | | | | |
| 单位 |  | | | | | | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 项目名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目摘要  （限500字以内） |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **二．项目主要参与人基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职称 | | 专业领域 | | | 联系方式 | | | | | 课题分工 | | | 签名 |
|  |  |  | |  | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | |  | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | |  | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | |  | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | |  | | |  | | | | |  | | |  |

|  |
| --- |
| **三．本课题国内、外研究概况及趋势，研究本课题的理论意义和实际意义，参考文献** |
|  |

|  |
| --- |
| **四 本课题研究的基本内容、难点、特色或创新之处** |
|  |
| **五 课题的研究思路和方法或技术路线，研究工作方案、进度计划及最终成果形式** |
|  |

|  |
| --- |
| **六 条件保障（包括研究工作的前期准备、调研内容、项目组成员情况等）** |
|  |

|  |
| --- |
| **七．经费预算**（实验材料费，科研业务费，出版/文献/信息传播/知识产权事务费等） |
|  |

|  |
| --- |
| **八．所在单位意见** |
| 申请项目如获资助，我单位将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，严格遵守贵州省普通高等学校特色药物肿瘤防治特色重点实验室的有关规定，督促项目负责人和项目组成员按照课题规定完成课题。  （公章） 年 月 日 |
| **九、贵州省普通高等学校特色药物肿瘤防治特色重点实验室学术委员会意见** |
| 负责人签章 （公章） 年 月 日 |