附件1

**浙江省上消化道肿瘤防控与诊治重点实验室**

**开放基金申请书**

**课题名称**

**申 请 者**

**资助金额**

**起止日期**

**所在单位**

**通讯地址**

**申请日期**

**浙江省肿瘤医院（上消化道肿瘤防控与诊治重点实验室）**

**2022年制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、简 表** | | | | | | | | | | | | |
| **课题名称** | |  | | | | | | | | | | |
| **课题性质** | | **基础研究□ 应用研究□** | | | | | | | | | | |
| **申**  **请**  **者** | **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** | | |  | | **民族** | |  |
| **职 称** |  | **学 历** |  | **专 业** | | |  | | | | |
| **所**  **在**  **单**  **位** | **名 称** |  | | **性 质** | | | **A医疗机构□**  **B科研机构□**  **C其它□** | | | | | |
| **通讯地址** |  | | **联系电话** | | |  | | | | | |
| **传 真** |  | | **E-mail** | | |  | | | | | |
| **课**  **题**  **组**  **成**  **员** | **姓 名** | **性别** | **出生年月** | **研究方向** | | **工作单位** | | | **所承担任务分工** | | | |
|  |  |  |  | |  | | |  | | | |
|  |  |  |  | |  | | |  | | | |
|  |  |  |  | |  | | |  | | | |
|  |  |  |  | |  | | |  | | | |
| **申请金额** | |  | | **起止年月** | |  | | | | | | |
| **中文摘要**（限400字） | | | | | | | | | | | | |
| **关键词**(不超过5个,用分号分开)  C | | | | | | | | | | | | |
| **Abstract**(中文摘要的英文翻译) | | | | | | | | | | | | |
| **Keywords** (Limited to 5 keywords, separated by;): | | | | | | | | | | | | |
| **一、立项依据与研究内容**（建议8000字以内）  **二、拟采取的研究方案及可行性分析**（包括研究方法、技术路线、实验手段、关键技术等说明） | | | | | | | | | | | | |
| **三、本项目的特色与创新之处** | | | | | | | | | | | | |
| **四、年度研究计划及预期研究结果**（包括拟组织的重要学术交流活动、国际合作与交流计划等） | | | | | | | | | | | | |
| **五、研究基础**（与本项目相关的研究工作积累和已取得的研究工作成绩） | | | | | | | | | | | | |
| **六、工作条件**（包括已具备的实验条件，尚缺少的实验条件和拟解决的途径） | | | | | | | | | | | | |
| **七、正在承担的与本项目相关的科研项目情况**（申请人和项目组主要参与者正在承担的与本项目相关的科研项目情况，要注明项目的名称和编号、经费来源、起止年月、与本项目的关系及负责的内容等） | | | | | | | | | | | | |
| **八、申请者学术简历（包括教育经历、科研与学术工作经历、主持或参加科研项目情况、代表性研究成果和学术奖励情况）** | | | | | | | | | | | | |
| **十一、申请者签名及所在单位签章**  **申请人承诺：**  我保证填报内容的真实性，若有虚假，本人将负全部责任。如果获得资助，我与本项目组成员将严格遵守浙江省上消化道肿瘤防控与诊治重点实验室开放基金管理的有关规定，切实保证研究工作时间，按计划认真开展研究工作，按时报送有关材料。  **申请者签名：**  年 月 日  **单位公章**    年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **十二、项目组主要成员承诺**  我保证有关申报内容的真实性。如果获得资助，我将严格遵守浙江省上消化道肿瘤防控与诊治重点实验室开放基金管理的有关规定，切实保证研究工作时间，加强合作、信息资源共享，认真开展工作，及时向项目负责人报送有关材料。若个人信息失实、执行项目中违反规定，本人将承担相关责任。 | | | | | | | | | | | | |
| **课**  **题**  **组**  **成**  **员** | **姓名** | **工作单位名称** | | **证件号码** | | **每年工作时间（月）** | | | | | **签字** | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | |
| **十三、浙江省上消化道肿瘤防控与诊治重点实验室评审意见**   1. **专家评审意见：**   **年 月 日**   1. **学术委员会评审意见**     **年 月 日** | | | | | | | | | | | | |