编号：

湖南省湘雅医学与健康基金会

肠道菌群移植新技术应用科研项目（2023年度）申请表

 项目名称

申 报 者

工作单位（盖章）

详细地址

邮政编码

联系电话

# 电子信箱

申请日期

1. 基本情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究课题 | 名 称 |  |
| 申请金额 |  |
| 类 别 | 1. 临床研究 
2. 基础研究 
3. 流行病学研究 
4. 其他研究 
 | 申请资助方向 |  |
| 主 题 词 |  | 申报学科 | 名称1 |  |
| 申报部门 |  | 名称2 |  |
| 起止年月 | 年 月 至 年 月 |
| 预期研究结果 |  |
| 承担单位 | 单位名称 |  | 性 质 |  |
| 地 址 |  | 邮 编 |  |
| 申请人 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 职 务 |  |
| 电 话 |  | 电 子信 箱 |  |
|  | 在课题中所承担的任务 |  | 身 份证 号 |  |
| 课题组主要成员 | 姓 名 | 身份证号 | 学位 | 职称 | 所在单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 总人数 | 平均年龄 | 男 | 女 | 高级 | 中级 | 初级 | 其他 | 院士 | 博士 | 硕士 | 学士 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

二、研究目标、设计方案

|  |
| --- |
| 1. 拟解决的问题及研究目标
 |
| 1. 研究思路（工作假说）
 |
| 1. 研究内容、研究方法、技术路线、设计方案
 |

* 1. 研究基础、可行性论证

|  |
| --- |
| 1、课题相关的以往研究工作摘要 |
| 2、查新线索报告（或专利检索报告）结论 |
| 3、本课题将使用的主要科研设备、仪器、试剂、实验动物等条件 |
| 名称 | 规格 | 产地\生产商 | 操作部门 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
| 4、课题特色、创新点及可行性分析 |

* 1. 实施计划、考核指标

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间安排 | 研究内容（分期目标） | 考核目标 | 经费预算 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 其他说明 |  |  |  |

* 1. 项目实施绩效（单位：项数）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 成果形式 | 成果数量 | 成果形式 |
| 1 | 发明专利（项） | 申请 |  |  |
| 授权 |  |  |
| 2 | 实用新型专利（项） | 申请 |  |  |
| 授权 |  |  |
| 3 | 外观设计专利（项） | 申请 |  |  |
| 授权 |  |  |
| 4 | 国外专利（项） | PCT受理 |  |  |
| 授权 |  |  |
| 5 | 获得省级奖项（项） |  |  |
| 6 | 获得国家级奖项（项） |  |  |
| 7 | 科技人才奖励（人） |  |  |
| 8 | 引进人才（人） |  |  |
| 9 | 培养人才（人） | 博士 |  |  |
| 硕士 |  |  |
| 学士 |  |  |
| 10 | 技术标准制定（个） | 牵头 |  |  |
| 参与 |  |  |
| 11 | 软件著作权（项） |  |  |
| 12 | 论文论著（篇） | SCI |  |  |
| EI |  |  |
| ISTP |  |  |
| - |  |  |
| - |  |  |
| 13 | 创新平台（载体）项目必填 | 技术服务数量（项） |  |  |
| 服务企业数量（家） |  |  |
| 14 | 新产品（或新材料、新装备、新品种/系） |  |  |  |
| 15 | 新工艺（或新方法、新模式、新技术） |  |  |  |

* 1. 经费预算分类细目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支出经费（万元） | 总经费 | 基金经费 | 企业配套经费 | 地方政府支持经费 |
| 经费额 | 用途说明 | 经费额 | 经费额 | 经费额 |
| 一、直接费用 |  |  |  |  |  |
| 1、设备费 |  |  |  |  |  |
| 2、材料费 |  |  |  |  |  |
| 3、测试化验加工费 |  |  |  |  |  |
| 4、燃料动力费 |  |  |  |  |  |
| 5、出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |  |  |  |
| 6、劳务费 |  |  |  |  |  |
| 7、人员费 |  |  |  |  |  |
| 8、专家咨询费 |  |  |  |  |  |
| 9、差旅费/会议费/国际合作交流费 |  |  |  |  |  |
| 10、其它支出 |  |  |  |  |  |
| 二、间接费用 |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |

* 1. 本课题相关的国内外研究进展背景材料

|  |
| --- |
|  |

* 1. 认证与审核

|  |
| --- |
| 课题组承诺：我代表全体课题组成员保证所填报的内容和提供的材料是真实的，没有虚假。如获资助，我们将严格执行科研基金管理的有关规定，以科学态度严肃认真开展工作、保证研究工作时间，履行合同义务，按时抄报有关材料。 代表人：（签字） 年 月 日 |
| 申报课题牵头部门或单位审核意见（就是否同意申请提出明确意见，并对申请人学风作出评价）本单位保证在本课题获得资助后做到以下几点（在方框中划勾）：□严格遵守科研基金使用及管理的有关规定；□提供本课题实施过程中所需人力、物力和工作时间等条件的支持；□督促本单位科管部门及课题组按时报送有关材料；□是否愿意匹配研究经费（如同意，匹配额 %）；部门或单位（公章） 负责人（签章） 年 月 日 |
| 上级主管部门、直属单位审核意见 部门或单位（公章） 负责人（签章） 年 月 日 |

* 1. 湖南省湘雅医学与健康基金会审核意见

|  |
| --- |
| 评审专家意见： 代表人：（签字） 年 月 日 |
| 理事会意见： 负责人（签字） 年 月 日 |
|  部门或单位（公章） 负责人（签字） 年 月 日 |

湖南省湘雅医学与健康基金会

联系方式：和婷婷，15111078167

邮箱：yayifoundation@163. com

地址：湖南省长沙市开福区湘雅路老门诊北栋2楼212室