**济 南 市**

**科技发展计划申报表**

**（2024年度临床医学科技创新计划）**

项目名称：

申请单位 ：

主管部门：

起止时间 ：

济南市科学技术局

二○二四年制

**一、申报项目基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（一）项目概况** | | | | | | | | | |
| 1、项目名称： | | | | | | | | | |
| 2、项目承担单位： | | | | | | | 3、协作单位： | | |
| 4、项目开始时间：8位如20210101 项目完成时间： | | | | | | | | | |
| 5、计划类别：临床医学科技创新计划 | | | | | | | | | |
| 6、技术领域：临床医学 | | | | | | | | | |
| 7、管理处室：社会发展科技处 | | | | | | | | | |
| 8、是否符合相关政策：　 是 / 否 | | | | | | | | | |
| 9、医院类别：省级医院/市级医院/县（市）区级医院/乡镇、社区医院/民营医院/其他 | | | | | | | | | |
| 10、项目主要优势：创新性突出 /社会效益显著 | | | | | | | | | |
| 11、技术水平： 国际领先 / 国际先进 / 国内领先 / 国内先进 / 省内领先 / 省内先进 | | | | | | | | | |
| 12、项目已获知识产权情况（有效期内）：授权发明专利 项、授权实用新型专利 项、软件著作权 项、国内论文 篇、国外论文 篇、技术标准 项、出版专著 项，牵头或参与专家共识、指南 项。 | | | | | | | | | |
| **（二）研发人员** | | | | | | | | | |
| 13、项目负责人情况 | | | | | | | | | |
| 姓名： 性别： 出生年月： 学历： 学位： 职务： 职称：  办公电话： 手机： | | | | | | | | | |
| 14、单位联系人：姓名： 职务: 手机： | | | | | | | | | |
| 15、项目组其他主要研发人员：（可填12人） | | | | | | | | | |
| 姓名 | 年龄 | 专业 | 学历 | 学位 | 职称 | 项目中的分工 | | 为本项目工作时间（%） | 所在单位 |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **（三）研发内容与考核指标** | | | | | | | | | |
| 16、主要研究内容：（不超过500字） 在填入正式申请表时，请先用word的字数统计功能统计字数，这里所说的字数限制包括标点符号，下同。**（不要涉及知识产权获得等情况）** | | | | | | | | | |
| 17、主要创新点：（不超过200字） | | | | | | | | | |
| 18、可行性研究报告摘要：（不超过1000字，详情见附件） | | | | | | | | | |
| 19、结题验收时本项目技术质量指标：（不超过200字）**（不要涉及知识产权获得等情况）** | | | | | | | | | |
| 20、结题验收时本项目新获知识产权情况：授权发明专利 项、授权实用新型专利 项、申请发明专利 项、申请实用新型专利 项、获得软件著作权 项、发表国内论文 篇、国外论文 篇、制定技术标准 项、出版专著 项、牵头或参与专家共识、指南 项。 | | | | | | | | | |
| 21、结题验收时预期社会效益（包括但不限于引进新医疗技术情况、技术应用转化推广情况、提升医院技术创新平台建设情况、对医院重点学科建设贡献情况、填补医院医疗技术空白情况、救治病人数量(外埠病人占比)等，以上内容必须提出具体量化指标）: | | | | | | | | | |
| **（四）经费预算** | | | | | | | | | |
| 22、项目立项后总投资 万元。 | | | | | | | | | |
| 23、投资的主要用途：设备费 万元、材料费 万元、测试化验加工费 万元、燃料动力费 万元、差旅费 万元、会议费 万元、国际合作与交流费 万元、出版/文献/信息传播/知识产权事务费 万元、劳务费 万元、专家咨询费 万元、其他开支项 万元。 | | | | | | | | | |

**二、项目承担单位基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 1、项目承担单位： | 2、协作单位： |
| 3、主管部门： | |
| 4、单位法定代表人： | |
| 5、统一社会信用代码： | |
| 6、单位注册地： | |
| 7、注册登记类型：　公立医院/民营医院/其他 | |
| 8、注册资金：　万元　其中：国有 万元、非国有 万元。 | |
| 9、单位成立时间：8位如20140101 | |
| 10 、开户银行：　 帐号： | |
| 11、工程技术中心：国家级/省级/市级/无 | |
| 12、重点实验室：国家级/省级/无 | |
| 13、获得知识产权情况（上三年）：授权发明专利 项、授权实用新型专利 项、软件著作权 项、国内论文 篇、国外论文 篇、技术标准 项、出版专著 项、专家共识、指南 项。 | |
| 14、本单位职工总数 人。其中：博士 人、硕士 人、本科 人、专科 人，其中高级职称 人、中级职称 人，从事科技活动人员 人，专职研发（R＆D）人员 人 。 | |
| 15、上三年承担项目情况：国家级 项、完成 项、省部级 项、完成 项、市厅级 项、完成 项、其它 项、完成 项 。 | |
| 16、上三年获科技奖励情况：国家级 项、省部级 项、市厅级 项、其它 项 。 | |

说明：1、本申报表仅限临床医学科技创新计划填报。

2、表格内带斜杠/的内容为选择项。

3、所有数字类型的信息如果没有请填0，文字内容没有的请填写空格，请勿留有空白项。

附件带\*是必传附件，不带\*为选择上传附件

附件1、项目可行性研究报告\*

2、经费预算表\*

3、年度财务报表（盖公章）。需提供上两个年度部门决算报表中资产负债简表和收入支出决算总表。\*

4、信用承诺书\*

5、医疗机构执业许可证\*

6、相关科研成果、专利等知识产权材料

7、其他有关项目的证明材料