**山西省华晋骨科公益基金会科研资助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  情  况 | 姓名 | |  | | | 性别 | | | | |  | | | 年龄 | | | |  | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | 身份证号 | | |  | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | 电子邮箱 | | |  | | | | | | |
| 职称 | |  | | | 通讯地址 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 所  在  单  位  情  况 | 单位名称 | |  | | | | | | | | | | 负责人姓名 | | | | | |  | |
| 联系人电话 | | | |  | | | | 联系人邮箱 | | | | | | |  | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | 邮编 | | |  | | | | | |
| 账户账  号信息 | | 单位开户账号 | | | |  | | | | | 单位开户名称 | | | | |  | | | |
| 开户行名称 | | | |  | | | | | 行号 | | | | |  | | | |
| 项  目  组  成  员 | 姓名 | 工作单位 | | | | | | | | 承担任务 | | | | | | 是否为主要负责人 | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 申  请  人  研  究  工  作  经  历  （最  多  三  项） | 姓名 | 题目 | | | | | | 研究成果 | | | | | | | | | | | | 备注 |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| 申  请  项  目  基  本  情  况 | 项目名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要创新点 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 预期研究成果 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 预期完成时间 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 该项目有无得到其他渠道资助 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目设计论证  ·本项目核心概念的界定，国内外研究现状述评、选题意义及研究价值  ·本项目的研究目标、研究内容、研究假设和创新点；  ·本项目的研究思路、研究方法、技术路线和实施步骤。 （限3000字内，可另附页）  本人承诺：所申请项目符合国家相关法律法规规定，且后续研究均不得产生剽窃、弄虚作假等行为，保证项目研究成果的独创性。如产生相关问题，本人愿意承担相关责任。  项目组成员签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申  请  人  所  在  单  位  意  见 | 本单位保证申请书所填写的内容完全属实，申请人的政治素质和业务能力适合承担该项目研究工作；本单位能够提供完成项目所需的时间和其他条件；本单位同意承担项目的管理职责和信誉保证。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位负责人签字： 公章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 山  西  省  华  晋  骨  科  公  益  基  金  会  评  审  意  见 | 意见：  可否资助：是 否  理事长签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |