附件2

**临床药学研究项目申请书**

项目名称：

申 请 者：

所在单位：

通讯地址：

邮政编码：

手机电话：

传 真：

电子信箱：

申请日期：

**北 京 药 学 会**

**年 月**

附：填表说明

一、本项目是北京药学会组织的临床药学研究（2017年度），其研究经费由默沙东（中国）投资有限公司提供，用于支持北京医疗机构药学部门开展有关改进服务流程加强学科基本建设的研究，结合临床实践的需要，重点支持研究医院药学领域的①药师专业技能相关工作、②临床药学服务模式的建立及效果评估、③医改工作中医院药学面临的新问题及解决方法、④其他等。

二、目前只受理2017年度未获得其他资助的项目。已获得其他资助的项目，不在本资助之列。

三、申请者须逐项认真填写申请书，表达要明确、字迹要清晰，第一次出现的缩写词应标注全称。

四、申请书须经申请部门负责人签署意见并加盖印章。

五、如需复印时请用A4复印纸。

六、研究经费申请截止日期为2017年9月28日，经“临床药学研究项目评审委员会”评审同意后须在今年开始实施研究计划，并如期完成。

**基本信息**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究项目 | 名称 | 中文 |  |
| 英文 |  |
| 申请类别 | 1. ② ③ ④

注：请在相应项数字后划√，数字代表的详细内容见填表说明 |
| 申请金额 | 1. 1万元 ② 2万元 ③3万元

注：申请类别为④者，请在相应数字后划√ | 起止时间 |  |
| 申请者 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 职称 |  | 专业方向 |  | 工作年限 |  |
| 项目组 | 联合申报单位1 |  | 联合申报单位2 |  |
| 总人数 |  | 高级职称 |  | 中级职称 |  | 初级职称 |  |
| 项目摘要 |   |
|

**立项依据**(包括项目的研究意义、国内外研究现状分析，并附主要参考文献目录）

|  |
| --- |
|   |
|  |

**研究内容和方法**

|  |
| --- |
| 1、研究内容及目标 |
| 2、拟解决的关键问题及其解决方法 |
| **3**、拟采取的研究方法、技术路线、统计分析方法 |
| 4、研究工作的进度安排 |
| 5、本项目的特色与创新之处 |
| 6、研究预期成果  |

**研究基础**

|  |
| --- |
| （与本项目有关的研究工作积累和已取得的研究工作成绩、已具备的实验条件等情况） |

**研究项目组主要成员概况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 身份证号 | 职 称 | 专 业 | 项目分工 | 联系电话及电子信箱地址 |
| 邱爽 | 110104197310243023 | 主管药师 | 应用药学 | 负责人数据分析 | 13651388261Qiushuang1973@sina.com |
| 赵琦 | 120101198012274515 | 主治医师 | 外科学 | 病例采集数据分析 | 13910790464Zhaoqi3000@hotmail.com |
| 崔向丽 | 371081197802100084 | 副主任药师 | 临床药学 | 数据统计 | 13520467932Cui10@163.com |
| 王华光 | 230605197610160626 | 主管药师 | 临床药学 | 数据统计 | 13671159579whg\_007@163.com |
| 赵瑞 | 630104197512300542 | 主管药师 | 药理学 | 疼痛评估回访工作 | 13683330096arielzhaorui@163.com |
| 续茜桥 | 110101199203131026 | 学生 | 临床药学 | 疼痛评分及统计工作 | 13426060313457733783@QQ。Com |

**项目经费预算表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请资助总金额 |   |
| 预算支出科目 | 金额 | 支出根据及理由 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：预算支出科目按

1.实验设备材料费2.科研业务费3. 协作费4. 管理费5. 项目津贴费等顺序填列。

|  |
| --- |
| **申请者所在单位领导的审查意见与保证：** **单位负责人（签章）： 单位（公章）：****年 月 日** |
| **评审委员会意见：****评审主席签字: 年 月 日** |