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**

填表说明

一、本项目是北京药学会组织的临床药学研究（2020年度），研究需用部分经费由学会筹集，资助课题中标单位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医院药学面临的新问题、关键问题、难点及解决方法（委托课题）②药师专业技能相关工作 ③其他，详见《北京药学会2020年临床药学研究项目方案》。

二、本项目只接受2020年度未获得其他方面资助的项目，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、申请书须经所在医院药学部或药剂科主任签署同意申报的意见，并加盖所在医院或药学部（药剂科）印章。

五、如需复印时请用A4复印纸。

六、研究课题申请截止日期为2020年 5月 15 日，经“临床药学研究项目评审委员会”评审同意后，须按照《北京药学会2020年临床药学研究项目方案》要求如期完成。

**基本信息**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究项目 | 名称 |  |
| 申请类别 | □ 自主立项课题 □基层（社区）医疗机构专项课题 注：请在相应项前□内划√ |
| 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 |  |
| 联合申报单位3 |  | 联合申报单位4 |  |
| 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 | 工作单位 | 职 称 | 专 业 | 项目分工 | 身份证号 | 联系电话及电子邮箱地址 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**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. 服务费5. 项目津贴费等顺序填列。

**所在单位意见**

|  |
| --- |
| 申请者所在单位领导的审查意见：药剂科负责人（签章） 单位或药剂科（公章）年 月 日 |
| 评审委员会意见：评审主席签字: 年 月 日 |