附件2

**临床药学研究项目申报书**

项目名称：

申 报 人：

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**

**2022年**

填表说明

一、本项目是北京药学会组织的临床药学研究（2022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药学学科建设相关研究。

二、本项目只接受2022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。鼓励中级以上职称申报，不鼓励三甲医院药学部门现任主任申报。

三、申请者须逐项认真填写申报书，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2022年7月15日，经“临床药学研究项目评审工作委员会”评审同意后，须按照《北京药学会2022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 | |  | | | | | |
| 项目类型 | | □多中心联合项目 □自主项目 □基层（社区）项目 | | | | | |
| 申  报  人 | | 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 | 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 | 13651388261  Qiushuang1973@sina.com |
| 赵琦 | 120101198012274515 | 主治医师 | 外科学 | 病例采集  数据分析 | 13910790464  Zhaoqi3000@hotmail.com |
| 崔向丽 | 371081197802100084 | 副主任药师 | 临床药学 | 数据统计 | 13520467932  Cui10@163.com |
| 王华光 | 230605197610160626 | 主管药师 | 临床药学 | 数据统计 | 13671159579  whg\_007@163.com |
| 赵瑞 | 630104197512300542 | 主管药师 | 药理学 | 疼痛评估  回访工作 | 13683330096  arielzhaorui@163.com |
| 续茜桥 | 110101199203131026 | 学生 | 临床药学 | 疼痛评分及统计工作 | 13426060313  457733783@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

**所在单位意见**

|  |
| --- |
| **申报人所在单位领导的审查意见与保证：**    **药剂科科主任（签章）单位或药剂科（公章）：**  **年 月 日** |
| **评审工作委员会意见：**  **评审工作委员会负责人签字:**    **年 月 日** |