

# 浙江省医学会 浙江省医联医疗扶持和救助公益基金会 文件

浙医会〔2019〕229号

---

## 关于申报 2019 年浙江省医学会 临床科研基金项目（第二批）的通知

各有关医院：

为进一步提升医学科技创新水平，提高全省医学科技综合竞争力，浙江省医学会将联合浙江省医联医疗扶持和救助公益基金会开展 2019 年第二批临床科研基金项目研究。现将有关申报事项通知如下：

### 一、申报科研专项名称

中成药新药科研专项、消化系统疾病科研专项、急重症科研专项、血液制品科研专项、胃肠疾病科研专项、人工智能专项。共6个科研专项。项目类别均为一般项目。

## 二、申报科研专项指南

（一）中成药新药科研专项研究方向：针对浙江省近五年获批上市的心脑血管类中成药新药开展上市后再评价研究。

（二）消化系统疾病科研专项研究方向：对消化系统相关疾病的诊断、内外科优化治疗方案、中医药应用等关键技术进行研究。重点支持中西医结合抗HP的临床研究。

（三）急重症科研专项研究方向：对急重症、心脑血管、肿瘤治疗领域的发生、发展、转归、诊断、治疗和预防等相关领域的研究。

（四）血液制品科研专项研究方向：对血液制品在急危重症、感染、血液系统相关疾病、围术期、临床用药药学领域中的应用研究。

（五）胃肠疾病科研专项研究方向：对临床胃肠疾病的治疗研究。

（六）人工智能专项研究方向：对数字图形分析在组织、细胞病理诊断中的应用研究。

## 三、申报对象

以上科研专项申报面向全省二级及以上医疗卫生机构。

## 四、申报条件

(一) 项目负责人必须是该项目的主持人，并从事实质性的研究工作；

(二) 项目负责人只能申报一个项目，项目参与者当年至多只能参与两个项目的研究；

(三) 申请者在相关领域和专业具有一定的学术地位或技术优势；

(四) 申请者具有完成项目所需的组织管理和协调能力；

(五) 项目组成员的年龄、专业、知识等结构合理；

(六) 依托单位具有项目实施的工作基础和条件，有健全的科研管理制度、财务管理制度、资产管理制度和会计核算制度；

(七) 项目负责人和依托单位具有完成项目的良好信誉度。

## **五、申报方法**

(一) 申请者应按规定的要求填写申请书，通过项目依托单位直接向省医学会提出申请。

(二) 申报临床科研基金项目须填写《浙江省医学会临床科研基金项目申请书》(见附件)一式 8 份，请采用 A4 规格纸张打印及装订。

(三) 属于申报单位的项目负责人与项目依托单位之间可以根据项目实施的需要，打破单位界限进行优化组合，鼓励跨单位、跨部门联合组成课题组。

(四) 依托单位应承诺按照《浙江省医学会临床科研基金管理暂行办法》(浙医会〔2006〕77号)的有关规定,管理资助项目并按规定的时间和要求报送有关材料。

(五) 项目申报时间自发文通知之日起,至2019年11月20日截止,逾期不予受理。

## 六、联系方法

联系人: 单 单 徐 伟

联系电话: 0571-87567839, 87567836

通讯地址: 杭州市武林广场8号省科协大楼1002室

邮政编码: 310003

附件: 浙江省医学会临床科研基金项目申请书



附件

## 浙江省医学会临床科研基金项目

### 申请书

项目名称：\_\_\_\_\_

项目负责人：\_\_\_\_\_

项目申请单位：\_\_\_\_\_

项目合作单位：\_\_\_\_\_

科研专项名称：\_\_\_\_\_

联系电话：

电子信箱：

填报日期：

研究周期：        年        月        至        年        月

浙 江 省 医 学 会

浙江省医联医疗扶持和救助公益基金会

制

## 填表说明

一、《申请书》各项内容，应实事求是地逐项认真填写。表达要明确、严谨，字迹要清晰。外来语要同时用原文和中文表达。第一次出现的缩写词须注出全称。如无该项内容请填“无”，各栏空格不够，均可加页。

二、汉字请用国家公布的标准简化汉字，数字请用阿拉伯数字。研究经费以万元为单位，用阿拉伯数字表示，注意小数点。

三、《申请书》一式八份，请采用 A4 规格打印及装订。

## 一、简 表

项目名称						
项目类别	<input type="checkbox"/> 重大项目		<input type="checkbox"/> 重点项目		<input type="checkbox"/> 一般项目	
项目性质	<input type="checkbox"/> 应用基础研究		<input type="checkbox"/> 应用研究		<input type="checkbox"/> 开发研究	
项目申请单位				法人代表		
单位性质	<input type="checkbox"/> 科研机构 <input type="checkbox"/> 大专院校 <input type="checkbox"/> 医疗单位 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其它					
项目负责人	姓名		性别		出生年月	
	专业		学历		职务职称	
	电话		邮编		联系地址	
申请资助金额	(万元)		自筹金额	(万元)		
项目研究内容及预期成果摘要(约200字)						

## 二、项目研究人员情况

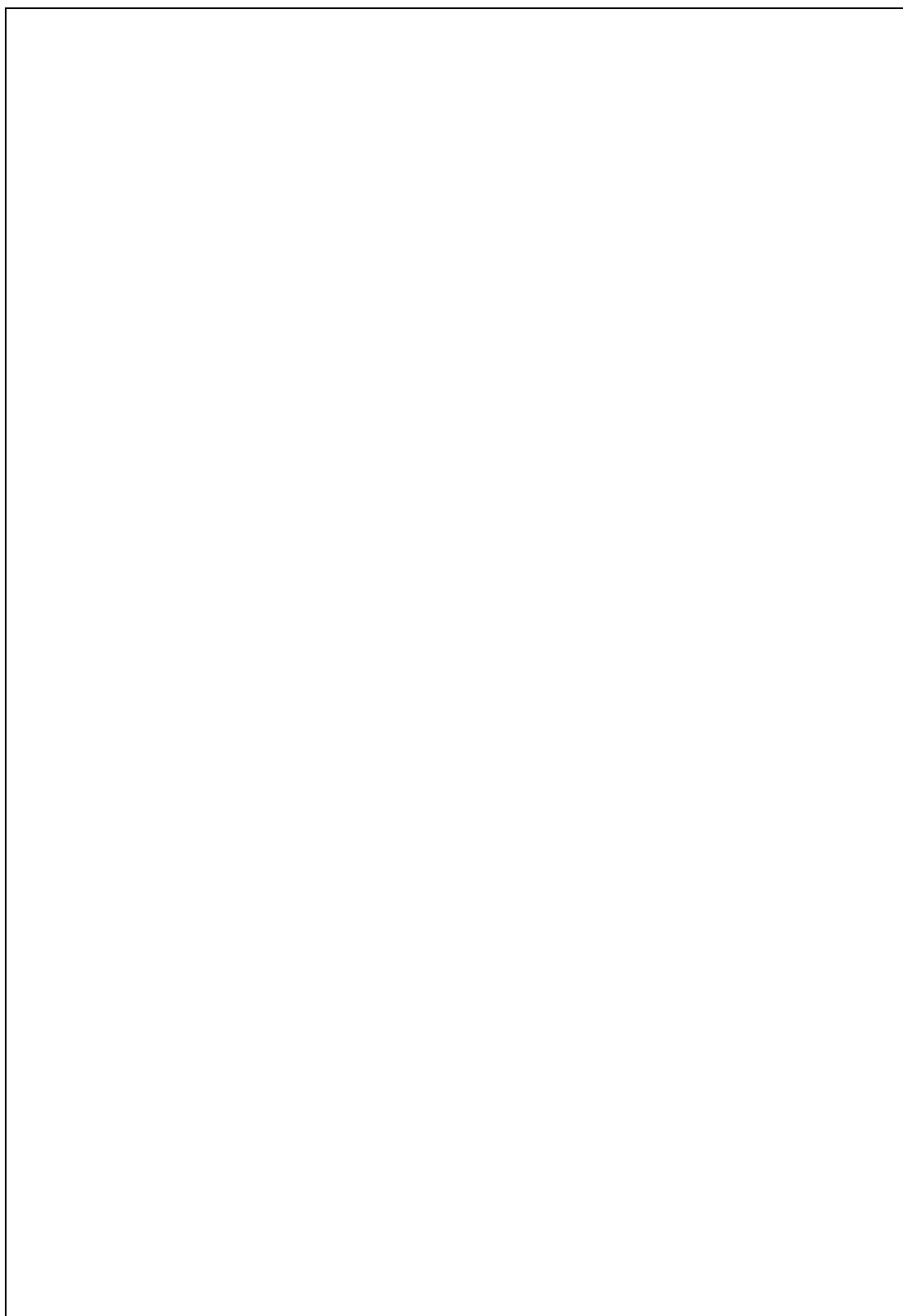
	总人数	高级	中级	初级	辅助人员	博士后	博士	硕士	男	女	
项目 研 究 组	主 要 成 员	姓名	性别	出生年月	专业技术职务	学历	工作单位		课题分工		



### 三、项目负责人情况表

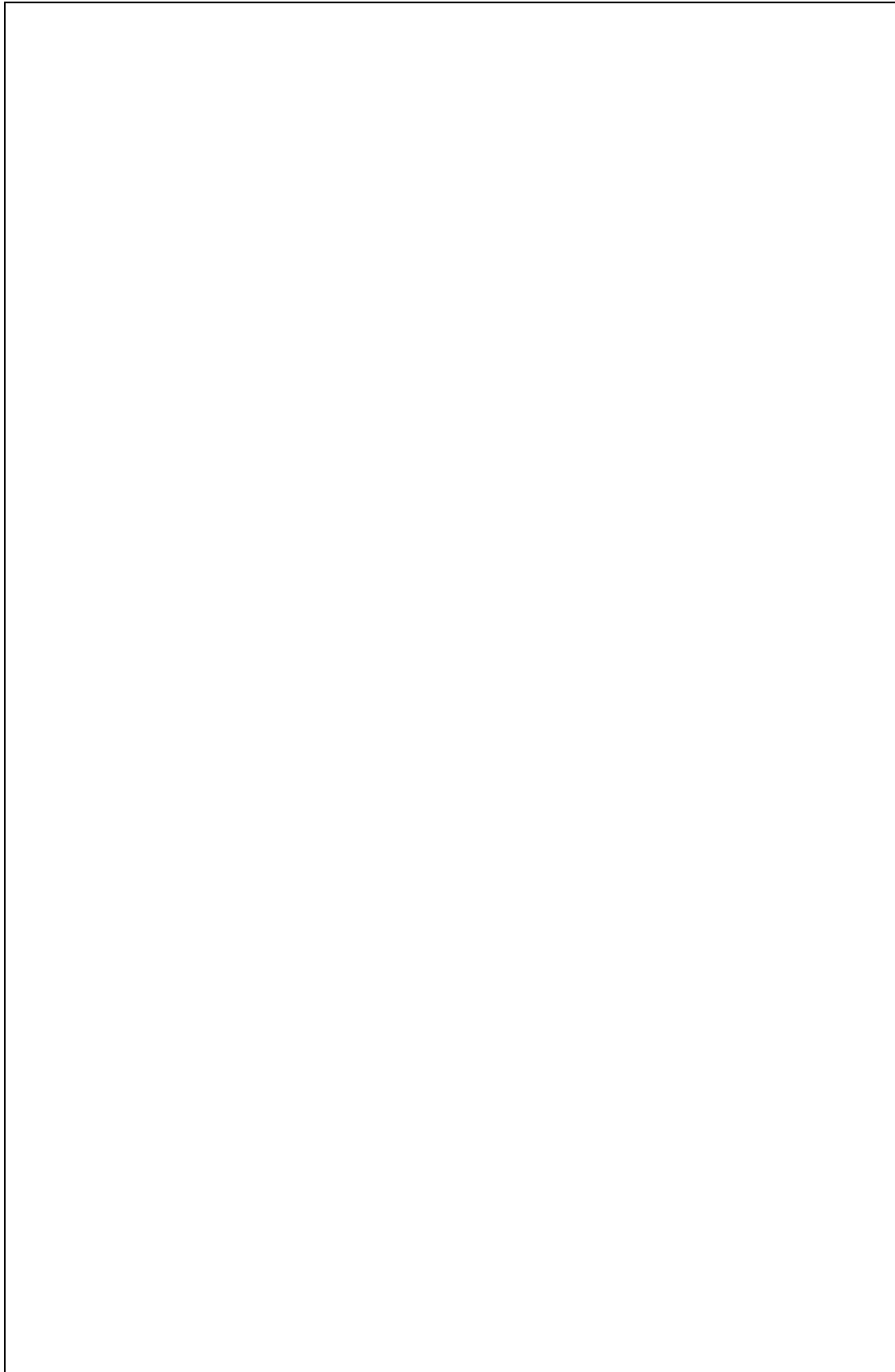
姓 名		性 别		联系电话	
学习及工作简历：					
以往科研经历及与项目相关的论著及科研成果：					

**四、项目研究依据分析**（包括国内外同类项目研究现状，临床需求情况，研究开发意义）

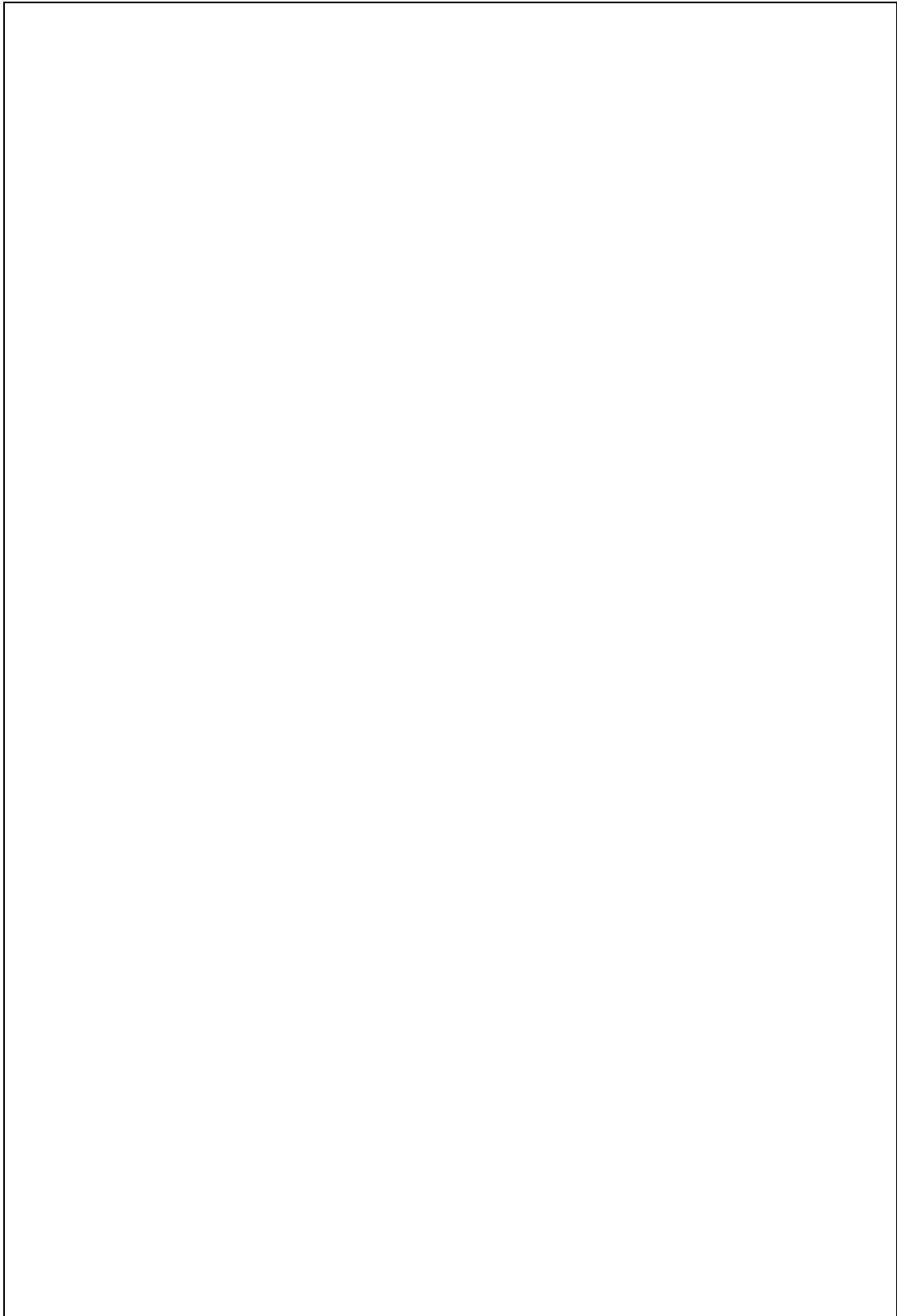


（可另行附页）

## 五、文献检索情况



**六、项目研究内容**（包括方法、技术路线、拟解决的关键问题、创新点及预期研究目标等）

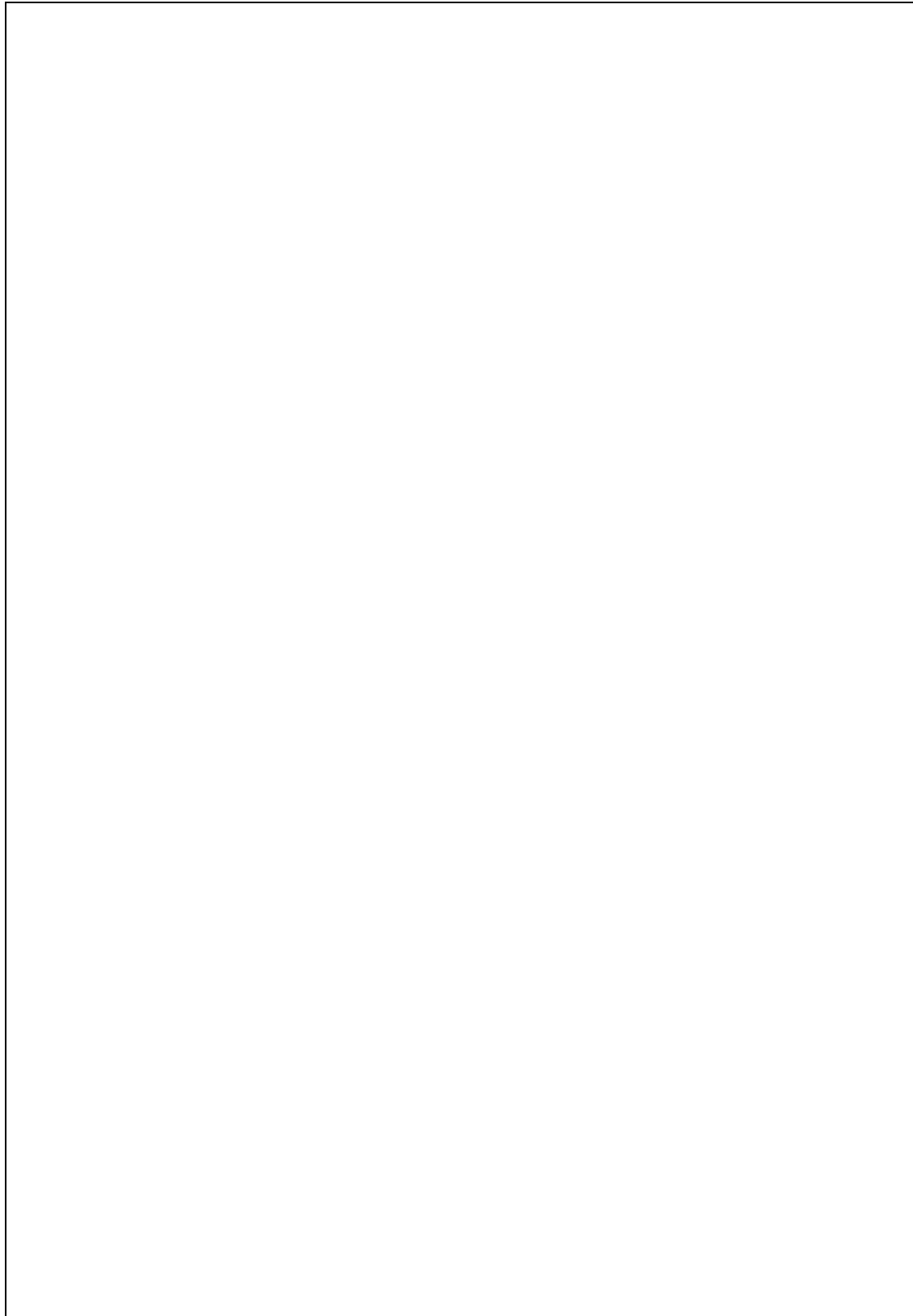


（可另行附页）

## 七、年度研究计划及主要考核指标

--

**八、现有技术及工作基础**（包括与本项目相关的已完成的研究工作情况、具备的实验、设备等工作条件）



（可另行附页）

### 九、经费预算（包括详细开支计划及年度用款安排）

支出科目	开支理由及年度用款安排	金额（万元）
人员费		
设备费		
材料费		
试验费		
信息费		
科研协作费		
调研费		
成果鉴定费		
其他		
合计		

## 十、项目技术负责人承诺

我保证上述填报内容的真实性。如果获得资助，我与本项目组成人员将严格遵守浙江省医学会临床科研基金管理暂行办法的有关管理规定，切实保证研究工作的时间及质量，按计划认真开展研究工作，按时报送有关材料。

项目负责人（签名）：

年 月 日

## 十一、合作单位承诺

同意参加合作研究，并保证对参加合作研究人员在时间及工作条件上给予的支持，督促其按计划完成所承担的任务并提交科学可靠的研究总结材料和原始实验记录。

合作内容：

合作负责人签名：

合作单位 1（公章）

合作内容：

合作负责人签名：

合作单位 2（公章）



## 十二、项目申请单位意见

### 1、单位学术委员会意见

学术委员会主任（签章）

年 月 日

### 2、申请单位审核意见

已对申请书内容进行审核，保证在项目获得立项后做到以下几点：

(1)保证对研究计划实施所需的人力、物力和时间等条件给予支持，严格遵守浙江省医学会临床科研基金管理暂行办法的有关管理规定；

(2)保证所申请项目研究内容真实可靠；

(3)督促项目负责人和本单位项目管理部门按规定及时报送有关材料，并保证其科学性和真实可靠性。

需要说明的其他问题：

单位负责人（签章）：

单位（公章）

年 月 日

十三、浙江省医学会意见：

