**山东省脑神经保护类药物重点实验室**

开放基金申请书

**项目名称：**

**申 请 人：**

**工作单位：**

**通信地址：**

**电 话：**

**E-mail :**

**申请日期：**

**山东省脑神经保护类药物重点实验室**

**二○一八年十二月制**

山东省脑神经保护类药物重点实验室开放基金申请简表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 课题类别 | | □ 基础研究 □ 应用研究 | | | | | | | 申请资助经费 | | （万元） | |
| 起止年月 | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | |
| 申请人  信息 | | 姓 名 | |  | | 性别 | |  | 年龄 | |  | |
| 职 称 | |  | | 专业 | |  | 学位 | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | |
| 项目组成员情况 | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 年龄 | | 职称 | | 工作单位 | | | 项目分工 | | 签字 |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
| **项**  **目**  **概**  **述** |  | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **一、研究意义与背景：**  **二、研究内容、技术方案与路线：**  **三、研究的创新点：**  **四、项目预期成果及考核指标：**  **五、项目进度安排：**  **六、申请人简历及主要学术成果：** |

**七、经费预算和签章**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目支出明细预算 | 支出明细科目 | 金额(万元) |
| 1、设备费 |  |
| 2、材料费 |  |
| 3、分析测试费 |  |
| 4、差旅费 |  |
| 5、会议费 |  |
| 6、国际合作与交流费 |  |
| 7、出版/文献/知识产权事务费 |  |
| 8、专家咨询费(需另附预算) |  |
| **合计** |  |
| 申请人承诺：  我保证上述填报内容真实、准确。如果获得资助，我将履行课题负责人职责，按计划认真开展研究工作，按时报送有关材料。  申请人（签字）  年 月 日 | | |
| 申请人所在单位意见：  单位（公章）  年 月 日 | | |
| 山东省脑神经保护类药物重点实验室审批意见：  □**同意资助，资助金额 万元**  □**不同意资助**  负责人（签章） 单位（公章）  年 月 日 | | |