附件2：

安徽省药师协会药师队伍建设“扶持计划”

治疗药物监测与个体化用药研究

专项申报书

申报类型： □重点项目 □一般项目

项目名称：

负 责 人： 电话：

所在单位：

联 系 人： 电话：

填表日期：

填 写 说 明

一、请严格按照表中要求填写各项。申报类型为重点项目或一般项目（二选一），**切勿多选**。

二、项目申报书中第一次出现外文名词时，要写清全称和缩写，再出现同一词时可以使用缩写。

三、填写人员应客观、真实地填报报告材料，尊重他人知识产权，遵守国家有关知识产权法规。在项目申报书中引用他人研究成果时，必须以脚注或其他方式注明出处，引用目的应是介绍、评论与自己的研究相关的成果或说明与自己的研究相关的技术问题。对于伪造、篡改科学数据，抄袭他人著作、论文或者剽窃他人科研成果等科研不端行为，一经查实，将记入科研诚信记录。

四、此表可在安徽省药师协会官方网站下载。

一、项目基本信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | |
| 项目  负责人  信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生日期 |  | 职称 |  |
| 最高学位 |  | 从事专业 |  |
| 固定电话 |  | 移动电话 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 是否  委员 | □安徽省药理学会治疗药物监测研究专业委员会 | | | |
| □安徽省药师协会治疗药物监测药师分会 | | | |
| 所在  单位  信息 | 名称 |  | | |
| 地址 |  | | |
| 单位性质 |  | 组织机构代码 |  |
| 联系人 |  | 移动电话 |  |
| 固定电话 |  | 传真号码 |  |
| 合作  单位  信息  （如有） | 序号 | 单位名称 | 单位性质 | 组织机构代码 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

二、项目摘要

|  |
| --- |
| 摘要（500字以内）： |

三、项目立项的必要性分析

|  |
| --- |
| （从研究意义、**拟解决的实际问题**、对治疗药物监测和个体化用药领域的重要影响等来论述其必要性。附主要参考文献目录。） |

四、项目可行性分析

|  |
| --- |
| 1.项目实施基础（**从项目负责人所在单位、团队的基本情况，包括与项目实施相关的实力和基础，以往的业绩和成就，承担相关项目情况分析项目实施的可行性**） |
|  |
| 2.合作单位情况（**包括在本项目中承担的工作以及相关研究工作基础**） |
| 如有合作单位，则填写。 |

五、项目目标与任务

|  |
| --- |
| 1.研究目标（ **包括拟解决的关键技术或科学问题**） |
|  |
| 2.主要研究内容（**包括具体研究方法和技术路线**） |
|  |

六、项目验收考核指标

|  |
| --- |
| 1.技术指标（**以下指标要求具体，可量化**） |
|  |
| 2.成果指标（**以下指标要求具体，可量化**） |
|  |
| 3.社会经济效应指标（**建议围绕项目后期的临床应用，展开论述**） |
|  |

七、年度计划及阶段目标（项目执行时间为2023年10月1月-2025年9月30日）

|  |  |
| --- | --- |
| 时间 | 计划或目标 |
| 202 年 月--202 年 月 |  |
| 202 年 月--202 年 月 |  |
| 202 年 月--202 年 月 |  |
| …… |  |

八、项目人员情况

**1.项目主要人员情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 出生年月 | 性别 | 职称 | 学位 | 单位名称 | 电话 | 电子邮箱 | 项目分工 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2.项目负责人及主要骨干人员的情况**

|  |
| --- |
| （包括但不限于：教育经历、工作（研究）经历、主持或参加的科研项目、国内外刊物发表的代表性论文(限三篇，务必注明所有第一和通讯作者)、相关研究获奖情况、其他与本项目相关的研究情况等） |

九、项目经费预算

（预算说明：**经费可用于开展项目所需的材料费、差旅费、会议费、劳务费等，不得用于固定资产采购及工作人员绩效**。金额单位：万元，保留两位小数。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 预算经费 | 备注（计算依据与说明） |
| 1.仪器设备租赁费 |  |  |
| 2.材料费 |  |  |
| 3.测试化验加工费 |  |  |
| 4.差旅费 |  |  |
| 5.会议费 |  |  |
| 6.国际合作与交流费 |  |  |
| 7.出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |
| 8.劳务费（不超过10%） |  |  |
|  |  |  |
| …… |  |  |
| **合计** |  |  |

十、附件

|  |
| --- |
| **1.项目负责人所在单位和合作单位之间的合作协议或合同**（协议或合同中应加盖所有协议签署单位的公章，若项目只有一家承担单位可不填写此项） |
| **2.其他（学历及学位证书、职称证书及聘书、3篇代表性论文首页、安徽省药师协会治疗药物监测药师分会或安徽省药理学会治疗药物监测研究专业委员会委员聘书）** |

十一、单位意见

|  |
| --- |
| 项目所在单位科研主管部门意见    负责人签字：    盖章：  年 月 日 |

十二、推荐意见（非学会委员须填写此项）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐专家 |  | 职称/职务 |  | 专业 |  |
| 工作单位 |  | | 单位地址 |  | |
| 手机 |  | 办公电话 |  | 邮箱 |  |
| 推荐专家意见    推荐专家签字：  年 月 日  备注：推荐专家应为安徽省药师协会TDM药师分会或安徽省药理学会TDM研究专委会常务委员及以上职务。 | | | | | |

十三、声明

项目负责人承诺：

项目申报书所有信息真实准确，所有承诺诚信可靠。相同项目研究内容未获得同级或类似项目资助。如有失实，愿意承担相关责任。

项目负责人签字：

年 月 日