**厅市共建中枢神经系统药物四川省重点实验室**

**开放课题**

申请书

|  |  |
| --- | --- |
| 课题类别： | 重点/面上 |
| 申请方向： | 请对照申请指南选择 |
| 课题名称： |  |
| 申请金额： | 万元 |
| 申 请 人： |  |
| 联系电话： |  |
| 所属单位： |  |
| 通讯地址： |  |
| 电子邮箱： |  |

**厅市共建中枢神经系统药物四川省重点实验室**

二〇二一年版

**说 明**

1、填写申请书前，请先阅读《厅市共建中枢神经系统药物四川省重点实验室开放课题管理办法（暂行）》和《厅市共建中枢神经系统药物四川省重点实验室2021年度开放课题申请指南》。表格的各项内容要逐条认真填写，表达要明确、严谨。第一次出现的缩略词，须注明全称。

2、各栏空格不够时，请自行加页。

3、请用A4纸以正反面打印，并于左侧装订成册。申请书一式三份，由申请人所属单位盖章后，寄送到厅市共建中枢神经系统药物四川省重点实验室管理办公室，[纸质信件请注明“开放课题](mailto:同时把申请书电子版发送至电子邮箱xuxx@sklc.org。纸质信件及电子邮件都请注明)”。同时把申请书电子版发送至指定邮箱。

通讯地址：成都市武侯区科园南路88号天府生命科技园B3幢701

联系人：黄荣

联系电话：18702861170

电子邮箱：cnsdklsp@creditpharma.com

# 课题基本信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 课题名称 |  | | |
| 起止时间 | 2021.07.01-2023.06.30 | 申请金额 | 万元 |
| 与指南  符合情况 | （具体到符合申请指南中XXX申请方向的XXX内容） | | |
| 研究目标  （不超过200字） |  | | |
| 研究内容  （不超过200字） |  | | |
| 预期成果  （不超过120字） |  | | |
| 研究基础  （不超过120字） |  | | |

# 课题组成员

（请填写包括申请人在内的课题组成员信息）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 出生时间 | 职称 | 学位 | 分工 | 工作单位 |
| 申请人 |  | 精确到日 |  |  | 负责人/参与人 |  |

# 立项依据

3.1 项目的研究意义、应用前景

正文

3.2 国内外研究现状、发展趋势

正文

主要参考文献

# 研究方案（此部分为重点阐述内容）

4.1 项目的研究内容、研究目标，拟解决的关键科学问题

正文

4.2 拟采取的研究方法、技术路线、实验手段及可行性分析，预期成果

正文

# 研究基础

5.1 与本项目相关的研究工作积累和已取得的研究工作成绩

正文

5.2 工作条件（已具备的实验条件、尚缺少的实验条件和拟解决的途径）

正文

5.3 申请人及主要成员的简介（学习、工作经历，近三年主要研究成果）

正文

# 经费预算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科目名称** | **金额**  **（万元）** | **计算依据** |
| （一）直接费用 |  |  |
| 1. 设备费 |  |  |
| （1）设备购置费 |  |  |
| （2）设备试制费 |  |  |
| （3）设备改造与租赁费 |  |  |
| 2. 材料费 |  |  |
| 3. 测试化验加工费 |  |  |
| 4. 燃料动力费 |  |  |
| 5. 差旅/会议/国际合作与交流费 |  |  |
| 6. 出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |
| 7. 专家咨询费 |  |  |
| 8. 劳务费 |  |  |
| 9. 其他 |  |  |
| （二）间接费用 |  |  |
| **合计** |  |  |

# 申请人承诺

|  |
| --- |
| 我保证上述填报内容的真实性。如果获得资助，我与本项目组成员将严格遵守厅市共建中枢神经系统药物四川省重点实验室的有关规定，按计划认真开展研究工作，按时报送有关材料，在受资助的研究成果中标注课题编号，并以实验室为作者单位。  申请人（签字）  年 月 日 |

# 8. 所属单位意见

|  |
| --- |
| 申请材料真实。本单位同意申报，并为申请人提供必要的条件，督促该项研究按期完成。  单位负责人（签字） 单位（公章）  年 月 日 |

# 9. 学术委员会意见

|  |
| --- |
| 学术委员会主任（签章）  年 月 日 |

# 10. 实验室主任意见

|  |
| --- |
| 实验室主任（签章）  年 月 日 |