北京中医药大学东直门医院

“青苗人才培养计划”

申 请 书

**（**2018**年度）**

申 请 者**：**

依托科室**：**

研究方向**：**

联系电话**：**

电子邮箱**：**

申请日期**：**

北京中医药大学东直门医院科研处制

2017年10月

填表说明

1. 填写前请仔细阅读《北京中医药大学东直门医院青苗人才培养计划实施办法（暂行）》。
2. 填写要严肃认真、实事求是、内容翔实。
3. “专业技术职务”指受聘的专业技术工作岗位，如教授、副教授、主治医师、副主任医师、副研究员等。
4. 所有证明材料均应提供复印件。
5. 申请书请用A4纸双面打印，与附件一同左侧装订成册（请使用纸质封面），申请材料（包括附件）不得超过30个页码。
6. 申报人基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 专业技术职称 |  | 行政职务 |  | 所在科室 |  |
| 最高学历 |  | 毕业时间 | 年 月 |
| 最终学位 |  | 最终学位授予单位及日期 |  |
| 研究方向 |  |
| 申报人电话 |  | 申报人手机 |  |
| 申报人邮箱 |  |
| （从大学填起）学 习 工 作 经 历 |  |

## 二、承担的科研课题目录（近三年[2014.10-2017.10]，承担或主要参与厅局级以上课题情况，以国家级、省部级、市局级顺序依次填写）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 课题名称 | 课题来源 | 起止时间 | 经费（万元） | 主持或参与（附排名） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 承担课题汇总 | 主持：国家级（ ）项 ；省部级（ ）项；市局级（ ）项参与：国家级（ ）项 ；省部级（ ）项；市局级（ ）项 |

**注：请附课题任务书的封面、成员排名页，最后盖章页，并标出本人的姓名。**

三、发表论文、出版专著情况（近五年[2012.10-2017.10]以**第一、通讯作者**发表的主要论文，被SCI、EI收录请在名称后标注）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 专著/论文名称 | 出版社/刊物名称（附影响因子） | 发表时间 | 第一或通讯作者 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 论文/专著汇总 | 中文核心期刊（ ）篇；SCI/EI（ ）篇；主编（ ）部 |

**注：请附出版专著、发表论文刊物的封面及目录复印件，并标记出本人的姓名。**

四、获奖情况（近5年[2012.10-2017.10]获得的校级以上的科技进步奖、自然科学奖或教学成果奖**）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 获奖项目名称 | 奖励名称 | 奖励等级 | 获奖时间 | 本人排名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：请附获奖证书复印件。**

五、获得专利情况（近5年[2012.10-2017.10]）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 获得专利名称 | 专利号 | 批准时间 | 本人排名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **注：请附专利证书复印件，并标记出本人的姓名。**

六、参加社会团体任职情况（近5年[2012.10-2017.10]）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 社会团体名称 | 任职起止时间 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注：请附相应聘书。**

七、参加国外进修、培训及国际交流情况（近5年[2012.10-2017.10]）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 进修、培训及国际学术交流的名称 | 时间 | 地点 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：请附相应证明材料**

八、获资助后拟开展的研究工作、拟解决的关键科技问题及预期成果

|  |
| --- |
|  |

九、经费预算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 预 算 支 出 科 目 | 金 额（万元） | 预 算 根 据 |
| 1. 科研业务费
 | 材料费 |  | 用于新课题的预试验 |
| 测试化验加工费 |  | 用于新课题的预试验 |
| 差旅交通费 |  | 用于与主攻方向相关科研培训、国内外学术交流的会务费、差旅和交通费用。 |
| 出版文献信息费 |  | 文献检索、论文发表 |
| 2. 专家咨询费 | 专家咨询费 |  | 用于导师的指导费（每年1万元） |
| 总 计 | 8 |  |

十、导师情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 年龄 | 工 作 单 位 | 职务 | 职称 | 现从事专业 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 导师简介： |
| 导师对申报项目的意见：导师签字：日 期： |

十一、本人承诺

|  |
| --- |
| 本人承诺以上信息真实有效。 签 字： 年 月 日 |

十二、科室推荐意见

|  |
| --- |
|  1.上述申报材料真实可靠； 2.申请人入职以来，未出现过医疗事故、严重差错、重度缺陷、教学差错或违背职业道德的问题，未出现过学术不端行为；3. 科研能力的评价：    4.申报人符合《东直门医院青苗人才培养计划实施办法》中选拔的必备条件。 科室负责人签字：年 月 日 |

十三、相关附件材料目录：