**附件1**

|  |  |
| --- | --- |
| 课题编号 |  |

**云南省傣医药与彝医药重点实验室开放课题基金项目申请书**

V2022

资助类别：

课题名称：

申 请 人：

依托单位：

通讯地址：

邮 编：

电 话：

电子邮箱：

申请时间：

云南省傣医药与彝医药重点实验室

**2022年8月制**

**填 表 说 明**

1、申请项目必须符合基金资助范围，各项内容要实事求是，逐条认真填写，表达要明确、严谨。字迹要清晰易辨，外来语要同时用原文和中文表达，第一次出现的缩写语须注出全称。

2、项目类别：填“开放课题（教师类项目）”或开放课题（研究生类项目）。

3、申请书一律采用WORD软件，使用A4幅面打印、复印，于左侧装订成册。各栏空格不够时请自行加页。在签署完推荐意见、合作单位意见、本单位意见后，原件送交云南省傣医药与彝医药重点实验室办公室。

4、部分栏目填写要求：

项目名称──应确切反映研究内容，最多不超过25个汉字；

项目性质──根据研究内容填写“基础研究”、“应用研究”或“开发研究”；

所属学科及代码──填写申请项目所属的最低层次学科及代码。（以中华人民共和国国家标准规定的学科分类与代码为准）。

5、封面右上角“课题编号”由云南省傣医药与彝医药重点实验室填写，封面上其它栏目由申请人填写。

6．云南省傣医药与彝医药重点实验室联系方式：

地 址：云南省昆明市呈贡区雨花路1076号 云南中医药大学

邮 编：650500

联系人：尹子丽

E-mail：362297543@qq.com

**一、基本信息**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目信息** | **项目名称** |  |
| **项目类别** |  | 所 属学 科 | 名 称 |  |
| **项目性质** |  | 代 码 |  |
| **起止年月** | 自 年 月至 年 月 | 申请金额 |  | 万元 |
| **研究方向** | 🞎 方向一，民族医药文献理论及诊疗技术规范化研究；🞎 方向二，民族医药单验方物质基础及其作用机理研究；🞎 方向三，民族药新制剂与新型载药系统研究；🞎 方向四，民族药材及饮片标准研究。 |
| **申请人信息** | **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **学位** |  | **职称** |  | **每年工作时间（月）** |  |
| **电话** |  | **电子邮箱** |  |
| **工作单位** |  |
| **通讯地址** |  |
| **主要研究领域** |  |
| 摘 要 | （限400字）： |
| 关键词（用分号隔开，最多5个） |  |

**二、本研究项目的科学依据及意义**

|  |
| --- |
| **着重结合国际科学发展趋势和本实验室的研究方向，论述课题的科学意义、特色或创新之处，国内外研究现状分析等，并附主要参考文献及出处。** |

**三、本项目研究方案**

|  |
| --- |
| **1. 研究目标、研究内容和拟解决的关键问题** |
| **2. 拟采取的研究方法、技术路线、实验方案及可行性分析** |
| **3. 考核指标** |

**四、研究基础**

|  |
| --- |
| **1. 与本课题有关的研究工作积累和已取得的研究工作成绩** |
| **2. 申请者科研工作简历，近期发表与课题相关的代表性论文、论著、专利等成果** |

**五、经费预算** 金额单位：万元（保留两位小数）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **预算科目** | **预算经费** | **备注 (计算依据与说明)** |
| **一、直接费用** |  |  |
| 1. 设备费 |  |  |
| (1) 购置费 |  |  |
| (2) 试制费 |  |  |
| 2. 材料费 |  |  |
|  (1) 原材料 |  |  |
|  (2) 辅助材料 |  |  |
|  (3) 低值易耗品 |  |  |
| 3. 测试化验加工费 |  |  |
| 4. 差旅费/国际合作交流费 |  |  |
|  (1) 差旅费 |  |  |
|  (2) 合作交流费 |  |  |
| **二、劳务费** |  |  |
| **三、出版/文献/信息传播** |  |  |
| **四、间接费用** |  |  |
| **1.本单位现有仪器设备、房屋使用** |  |  |
| **2.日常水、电、气、消耗** |  |  |

**六、项目组主要参与者（含申请人）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **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** | **每年工作时间（月）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **总人数** | **高级** | **中级** | **初级** | **博士后** | **博士生** | **硕士生** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**七、申请者承诺**

|  |
| --- |
| 我保证上述填报内容的真实性。如果获得资助，我与本课题组成员将严格遵守云南省傣医药与彝医药重点实验室开放课题管理的有关规定，切实保证研究工作时间，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 |

**八、导师意见（研究生类项目填写）**

|  |
| --- |
| 导师签字： 年 月 日  |

**九、所在单位或部门意见**

|  |
| --- |
| 部门或单位负责人：部门或单位（签章/代章） 年 月 日  |

**十、实验室初审意见**

|  |
| --- |
| （签章/代章） 年 月 日   |

**十一、学术委员会终审意见**

|  |
| --- |
| （签章/代章） 年 月 日  |