附件2

**“基层数字化智慧卫健运营服务模式与示范应用研究项目”**

**申 报 书**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称：** |  |
| **申 请 人：** |  | **联系电话：** |  |
| **牵头单位：** |  |
| **联合单位** |  |
| **通讯地址：** |  |
| **邮政编码：** |  | **单位电话：** |  |
| **电子邮箱：** |  |
| **申报日期：** |  |

**国家卫生健康委医院管理研究所**

**一、项目基本信息**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报单位****基本情况** | 单位名称 |  | 类 别 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| **联合单位****基本情况** | 单位名称 |  | 类 别 |  |
| 联系人 |  | 通讯方式 |  |
| **项目负责人****基本情况** | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 学 历 |  | 证 件 号 |  |
| 电子邮箱 |  | 手 机 号 |  |
| 行政职务 |  | 技术职称 |  |
| 主要学术任职 |  |
| **课题申报方向：** |
| **主要研究内容摘要（500字以内）：** |

**二、项目参与单位及人员**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **姓名** | **证件号** | **学位** | **职称** | **单位** | **项目工作内容** | **联系电话** | **签字** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**三、项目研究内容**

|  |
| --- |
| **请参照以下提纲撰写，要求逻辑清晰，主题突出，层次分明，内容翔实，排版清晰。****1.立项依据：**本项研究的背景、意义、国内外研究现状及其发展动态。**2.研究内容：**本项目的研究内容、研究目标，以及拟解决的关键问题等。**3.研究方法：**本项目研究的基本思路、具体研究方法、研究计划及其可行性、项目技术路线等。**4.创新点：**本项目的特色和创新之处。**5.研究计划：**本研究的时间安排。**6.预期成果：**包括预期产出的论文、汇报展示等多种形式成果。**7.参考文献：**开展本课题研究的主要中外参考文献。 |

**四、项目研究基础**

|  |
| --- |
| **本表参照以下提纲撰写，要求填写内容真实准确。****1.学术简历：**项目负责人的主要学术简历、代表论文，在相关研究领域的学术积累和贡献等。**2.研究基础：**申报单位及联合单位基础、项目负责人及参与人员与本项目相关的研究工作基础和已取得的研究工作成果。**3.条件保障：**完成本项目题研究的时间保证、资料设备等科研工作条件。 |

**五、项目经费预算**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **经费预算（元）** |
| 1 | 资料费 |  |
| 2 | 数据采集费 |  |
| 3 | 会议费/差旅费/国际合作与交流费 |  |
| 4 | 设备费 |  |
| 5 | 专家咨询费 |  |
| 6 | 劳务费 |  |
| 7 | 印刷出版费 |  |
| 8 | 其他支出 |  |
|  | …… |  |
| 合计（元） |  |

**六、审核意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目负责人** | 签字：年 月 日  |
| **申报单位意见** | 申请书所填写的内容属实，该课题负责人及参与人员的政治和业务素质适合承担本课题的研究工作，本单位能够提供完成本课题所需条件保障，同意该课题负责人及参与人员开展本项目。（申报单位公章） 年 月 日  |
| **推荐单位及意见** | 申报单位为本地区省（市）区域医疗中心（县域医共体、城市医共体）牵头单位，涵盖区域内 家医疗机构（附证明材料和机构名单），同意推荐其申报本项目。（推荐单位公章）  年 月 日  |