****

 **安徽医科大学第四附属医院**

**校科研基金项目计划任务书**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号： |  |
| 项目名称： |  |
| 项目负责人： |  |
| 所在科室： |  |
| 联系电话： |  |
| 起止时间： | **年月--年月** |

**安徽医科大学第四附属医院科教科制**

**二○一四年**

**填表说明**

一、《计划任务书》的内容应与《申请书》相关，项目负责人可进一步完善研究方案，并根据所拨经费调整研究内容和研究目标。

二、填写《计划任务书》时要求科学严谨、实事求是、表述清晰、准确。《计划任务书》经审核批准后，将作为项目拨款、研究计划执行、检查和验收的依据。

三、项目执行过程中，如需更换主持人或调整研究任务，必须向科教科提出变更内容及其理由的申请报告，经科教科审核后更改执行，未经接到正式批准书以前，双方须按原任务书履行，否则后果由自行调整的一方负责。

四、项目计划执行期间所取得的有关研究成果、专著、论文、研究报告、总结及成果报道，均须标注“校科研基金项目”和项目编号。

五、科教科每年将对项目执行情况进行不定期抽查，对长时间不实施研究的课题将按医院规定撤销立项并收回资助经费。

六、项目的研究期限为2年，自2015年1月起至2016年12月止。

七、《计划任务书》一式两份（A4纸，双面打印），左侧装订。科教科和项目负责人各留存一份。

**一、基本信息**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项 目 信 息** | 项目名称 |  |
| 学科领域 |  |
| 执行年限 |  | 资助金额 |  |
| **主 持 人 信 息** | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | 年月 | 民族 |  |
| 学位 |  | 职称 |  |
| 所在科室 |  | 研究方向 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮件 |  |
| **合作科室信息** | 合作科室意见 |
| （一） |
| （二） |
| （三） |
| **课题组成员****︵****不含主持人**︶ | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 技术职称 | 所在科室 | 签名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**二、研究内容、预期目标及拟解决的关键问题**

|  |
| --- |
| **研究内容：** |
| **研究方法：** |
| **预期目标：** |
| **拟解决的关键问题：** |

**三、年度计划内容与阶段目标**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 年度实施内容和考核指标 |
| 年月至年月 |  |
| 年月至年月 |  |
| 年月至年月 |  |

**四、预期研究成果和主要考核指标**

|  |
| --- |
| **（包括：培养的博士、硕士、发表的论文、三大检索机构论文收录情况、争取院级以上项目资助等）** |

**五、研究项目经费支出明细 单位：万元**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目名称** | **预算金额** | **计算根据及理由** |
| 设备购置费（超过1000元以上者，请填明细） |  |  |
| 材料费（超过1000元以上者，请填明细） |  |  |
| 差旅费 |  |  |
| 试验补助费 |  |  |
| 分析测试费 |  |  |
| 出版费 |  |  |
| 管理费（按资助金额的5%计） |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合 计 |  |  |

**六、任务书签订各方意见**

|  |
| --- |
| **1．项目负责人承诺**我保证上述填报内容的真实性。我与项目组成员将严格遵守学校与医院科研基金项目管理的有关规定，切实保证研究工作时间，按计划认真开展研究工作，按时报送有关资料，及时报告重大情况变动，对资助项目发表的论著和取得的研究成果按规定进行标注。项目负责人签名： 年 月 日 |
| **2．项目科室意见**（1）保证对实施该研究计划给予所需的工作条件、时间等方面的支持，严格遵守院科研基金的有关管理规定；（2）保证项目研究内容真实可靠；（3）督促项目负责人按规定及时报送有关材料，确保其科学性和真实可靠性。签 章：年 月 日 |
| **3．合作科室意见**签 章：年 月 日 |
| **4．医院审批意见**签 章：年 月 日 |