附件2

**湖北省帕金森病临床医学研究中心**

**（湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院）**

**项目计划任务书**

**项目编号：**

**项目名称：**

**承担单位：**

**项目负责人：**

**起止年月： 年 月到 年 月**

**联系电话：**

湖北省帕金森病临床医学研究中心制

2023年3月

**一、项目主要研究内容及拟解决关键问题**

|  |
| --- |
| **目标和拟解决的关键问题：** |

**二、项目分阶段计划进度（时间精确到月）**

|  |  |
| --- | --- |
| **时间区间** | **计划进度** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**三、项目主要参加人**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **年 龄** | **学位** | **工作单位及职称** | **签名** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**四、项目预期研究成果（考核结题重要指标）**

|  |  |
| --- | --- |
| 发表  论文 |  |
| 专利  或新品种等 |  |
| 科技  奖励 |  |
| 其它 |  |

**五、项目经费预算**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请经费 | 申请基金经费 | |  |
| 项目二级学院配套经费 | |  |
| 项目承担人自筹经费 | |  |
| 总经费 | |  |
| 经费预算 | | | |
| 科目 | 总预算经费 | 其中拟申请  校基金资助 | 计算依据与说明 |
| 一．研究经费 |  |  |  |
| 1.科研业务费 |  |  |  |
| （1）测试/计算/分析费 |  |  |  |
| （2）能源动力费 |  |  |  |
| （3）会议费/差旅费 |  |  |  |
| （4）出版物/文献/信息传播费 |  |  |  |
| （5）其它（请注明） |  |  |  |
| 2. 实验材料费 |  |  |  |
| （1）原材料/试剂/药品购置费 |  |  |  |
| （2）其它（请注明） |  |  |  |
| 3.仪器设备费 |  |  |  |
| （1）购置 |  |  |  |
| （2）试制 |  |  |  |
| 4.实验室改装费 |  |  |  |
| 5.协作费 |  |  |  |
| 二、国际合作经费 |  |  |  |
| 三.劳务费 |  |  |  |
| 四.管理费 |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |

**六、任务书签订意见**

|  |
| --- |
| 项目负责人承诺：  我保证申请内容的真实性。如获得此项课题资助，我将严格遵守湖北省帕金森病临床医学研究中心的有关规定，认真开展工作，确保成果产出，在该课题的研究成果包括专著、论文、软件、数据库等归属上，除在作者名下署名现工作单位外并同时署名“湖北省帕金森病临床医学研究中心（湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院）”，英文表述为：Hubei Clinical Research Center of Parkinson's Disease at Xiangyang No.1 People’s Hospital, Hubei University of Medicine”字样，专利申请、技术成果转让按国家有关规定办理，按时报送材料。若填报失实和违反规定，本人承担全部责任。  项目负责人（签章）  年 月 日 |
| 项目负责人所在单位意见  单位负责人：（公章）  年 月 日 |