编号：

**和杰-玛丽斯特普青年长效可逆避孕**

**（青年LARC）专项研究基金**

**课题申请书**

**课题名称：**

**申请医院：**

**课题负责人科室：**

**课题负责人：**

**通讯地址：**

**邮政编码：**

**联系电话：**

**电子信箱：**

**申请日期：**

**申请医院（公章）**

**青年LARC促进公益计划**

**中华医学会计划生育学分会**

**二〇一七年五月制**

**第一部分 课题研究人员资料及单位基本情况**

**1.课题负责人基本情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名（中文） |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 姓名（拼音） |  | 出生年月 |  | 出生地 |  |
| 职 称 |  | 学 位 |  | 职 务 |  |
| 研究领域 |  |
| 工作单位 |  | 科 室 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 单位电话 |  | 家庭电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机号码 |  |

**2.课题组主要成员简况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 学位 | 项目分工 | 联系电话 | 本人签名 |
| 负责人 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主要成员 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**3.单位基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 医院类别机构种类: | 1=综合医院 2=妇产科/妇幼保健院 |
| 机构级别: | 1 2 3 级 甲 乙 丙 等 |
| 机构性质 | 1=公立 2=民营 | 是否有单独的计划生育科 | 是 否 |
| 与人工流产和流产后服务直接相关的人员数 | 医生 人 护士/助产士 人 |
| 是否为流产后避孕（PAC）优质服务医院 | 1=否 2=是，通过初审，日期 年 3=是，已挂牌，日期 年  |

**4. 本院2016年全年早孕人工流产数**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 负压吸宫术 | 药物流产 | 合计 |
|  |  | ≤25岁未生育 |  | ≤25岁未生育 |
|  |  | n | % |  | n | % |  |
| 门诊 |  |  |  |  |  |  |  |
| 住院 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |

**第二部分 课题资料**

**1.课题简介（800-1500字）**

|  |
| --- |
|  |

**2.立项依据**

|  |
| --- |
| 1．本课题特色及创新之处：（不少于500字） |
| 2、采用的方法、技术路线： |
| 3、现有工作基础和条件 |

**3、课题预期目标**

|  |
| --- |
| 1、课题解决的关键问题以及预期目标（研究成果发表及交流计划）： |
| 2、社会效益（对促进青少年人群使用长效可逆避孕方法有何积极意义）： |
| 3、经济效益： |

**4.课题进度安排**

|  |
| --- |
|  |

**5.项目研究经费预算**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支出科目 | 金额（元） | 预算根据及理由 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合计（元） |  |
| 单位匹配经费（元） |  |
| 申请本资助经费（元） |  |

**6.课题负责人承诺**

|  |
| --- |
| 我保证上述填报内容是真实的。如获批准，我与本课题组成员将严格遵守国家有关法律、法规，遵守和杰-玛丽斯特普青年长效可逆避孕（青年LARC）专项研究基金管理有关规定，切实保证按计划开展工作，按时报送有关材料，接受检查与监督。**课题负责人（签章）** **年 月 日** |

**第三部分 单位审批意见**

**1. 课题申请单位伦理委员会意见（如果课题不涉及伦理问题请声明并加盖公章，本项内容不能空缺）**

|  |
| --- |
|  **伦理委员会签章**  **年 月 日** |

**2. 课题申请单位意见**

|  |
| --- |
| 1.项目负责人所在单位科研管理部门意见：本申请书材料真实可靠，同意申报。联 系 人： 公章联系电话： 年 月 日 |
| 2.项目负责人所在单位意见：同意申报。主管领导签字： 单位公章 年 月 日 |

**第四部分、附件目录**

**1、相关资质证明材料复印件**