山东残联课题项目申请书

|  |  |
| --- | --- |
| 课 题 名 称 |  |
| 项 目 主 持 人 |  |
| 主持人所在单位(盖章) | 山东第二医科大学 |
| 填 表 日 期 |  |

山东省残疾人联合会

2024年4月

申请人承诺

我保证如实填写本表各项内容。如果获准立项，我承诺以本表为有约束力的协议，遵守山东省残疾人联合会的有关规定，认真开展研究工作，取得预期研究成果。山东省残疾人联合会有权使用本课题的研究成果。

申请人（签字）：

年 月 日

一、课题组基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **课题名称** | |  | | | | | | | | | | | |
| **项目类别** | |  | | | | | | | | | | | |
| **项目主持人**  **情况** | 姓 名 |  | 性别 | |  | 民族 | |  | | 出生年月 | |  | |
| 行政职务 |  | 专业职称 | | |  | | | | 研究专长 | |  | |
| 最后学历 |  | 最后学位 | | |  | | | | 所在省（自治区、直辖市） | | 山东省 | |
| 工作单位 | 山东第二医科大学 | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | E-mail | |  | | |
| 通讯地址 | 山东省潍坊市宝通西街7166号 | | | | | | | | | 邮政编码 | | 261053 |
| **主要参加者情况** | 姓 名 | 单位 | | 最后学历 | | | 所学专业 | | 技术职务 | | 研究分工 | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | | |
| **预期成果形式** | | **研究报告** | | | | | | | 字数 | |  | | |
| **预计完成时间** | |  | | | | | | | | | | | |

二、课题研究计划

|  |
| --- |
| **课题论证和研究计划（1000字左右）** |
| **1、本课题研究的理论意义和实践意义：**  **2、研究的重点和难点**  **3、研究方法和途径**  **4、研究的主要内容**  **5、本课题的创新**  **6、研究进度安排** |

三、课题申报情况及课题研究基础

|  |
| --- |
| 1、项目主持人个人基本情况、主要学术简历  2、与本课题相关的主要研究成果（近年来主持课题、发表论文或出版的专著等，应注明成果名称、成果形式、发表刊物或出版单位及时间） |

四、课题审查意见

|  |
| --- |
| 项目主持人所在单位意见：  单位负责人签名（公 章）：  年 月 日 |
| 山东齐鲁残疾人事业发展研究院（专家组）评审意见：  公 章  年 月 日 |
| 山东省残疾人联合会评审意见：  公 章  年 月 日 |