药康肠道菌群中青年研究者项目

资助申请表

项目名称

申 报 者

工作单位

详细地址

联系电话

# 电子信箱

申请日期

**一、基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 项目周期节点 | | 起始时间 | | | | 年 月 | | | 结束时间 | | | 年 月 |
| 实施周期 | | | | 共 个月 | | | 预计中期时间点 | | | 年 月 |
| 申报  单位 | 单位名称 | | |  | | | | | | | | |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | | |
| 项目  负责  人 | 姓名 | |  | | 性别 | | □男 □女 | | | | | |
| 证件类型 | |  | | 证件号码 | |  | | | | | |
| 所在单位 | |  | | | | | | | | | |
| 职称 | | □正高级 □副高级 □中级 □初级 □其他 | | | | | | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | 移动电话 | | |  | |
| 课题  参与者 | 姓名 | | 单位 | | | | | 职称/学位 | | 移动电话 | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | |

注：支持不同课题组、不同单位联合项目申报

**二、拟解决的科学问题和研究目标（500字）**

围绕肠道菌群与疾病，凝练拟解决的科学问题或关键问题，提出预期目标，明确项目创新点。

**三、主要研究方案（1000字）**

围绕关键科学问题，阐述项目研究重点、研究思路、研究方案、技术路线等。

1. **本课题相关的国内外研究进展背景材料（500字）**
2. **研究工作基础**

项目负责人研究背景（300字）

项目负责人在相关方向的论文代表作（不超过3篇）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发表时间** | **杂志名称** | **作者排名** | **论文题目** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**六、承诺**

|  |
| --- |
| 课题组承诺：我代表全体课题组成员保证所填报的内容和提供的材料是真实的，没有虚假。如获资助，我们将以科学态度严肃认真开展工作、保证研究工作时间。      代表人：（签字） 年 月 日 |

**七、药康肠道专家顾问团评审意见**

|  |
| --- |
| 专家顾问团意见：    代表人：（签字） 年 月 日 |

江苏集萃药康生物科技股份有限公司

联系电话：025-58641551

E－mail：chenyy@gempharmatech.com

地址：江苏省南京市浦口区学府路12号

邮编：211800