**受理编号：**

江苏省卫生健康委医学新技术引进评估申报书

一、项目基本情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报项目名称 |  | | |
| 申报单位 |  | | |
| 申报科室 | 学科专业代码： | | |
| 主要完成人一 | 姓名... | 单位... | |
| 主要完成人二 |  |  | |
| 主要完成人三 |  |  | |
| 项目首创单位 |  | 时间 | |
| 项目首用单位 |  | 时间 | |
| 国内首用单位 |  | | |
| 本单位引进时间 |  | | |
| 联系人 |  | 电话 | |
| 项目申报单位意见 |  | 申报单位伦理委员会审查意见 |  |
| 公章  年 月 日 | 公章  年 月 日 |

二、项目简介

|  |
| --- |
| 1、新技术首创单位和时间,国内和省内首先开展单位及时间,新技术主要技术指标。 |
|  |
| 2、申报单位引进该新技术时间，主要的技术改进之处，应用的例次数（涉及人体应用必须由病案管理部门提供病例数、病案号）。引进技术与国内外同类技术相比较所具有的技术水平与优缺点。本单位在省内外推广应用该技术情况。 |
|  |
| 3、引进该技术项目后发表的论文、获得的专利、获奖等情况（请列出清单，论文等复印件附后）。 |
|  |

三、技术路线

|  |
| --- |
| 项目技术路线 |
|  |

四、主要完成人情况表(限填三人)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第一完成人 | | 姓名： | | | | 性别： | | | | 民族： | | |
| 出 生 地 | |  | | | | | | | | | 出生： | |
| 政治面貌 | |  | | | | | 留学国家 | | | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | 学 历 | | |  | 学 位 | | |  |
| 职 称 | |  | | | 专 业 | | |  | 毕业单位 | | |  |
| 外语语种 | |  | | 熟练程度 | | | |  | | | | |
| 曾获奖励及荣誉称号情况 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 参加本项目的起止时间 | | | 至 | | | | | | | | | |
| 所  做  贡  献 |  | | | | | | | | | | | |

五、主要完成人情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第二完成人 | | 姓名： | | | | 性别： | | | | 民族： | | |
| 出 生 地 | |  | | | | | | | | | 出生： | |
| 政治面貌 | |  | | | | | 留学国家 | | | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | 学 历 | | |  | 学 位 | | |  |
| 职 称 | |  | | | 专 业 | | |  | 毕业单位 | | |  |
| 外语语种 | |  | | 熟练程度 | | | |  | | | | |
| 曾获奖励及荣誉称号情况 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 参加本项目的起止时间 | | | 至 | | | | | | | | | |
| 所  做  贡  献 |  | | | | | | | | | | | |

六、主要完成人情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第三完成人 | | 姓名： | | | | 性别： | | | | 民族： | | |
| 出 生 地 | |  | | | | | | | | | 出生： | |
| 政治面貌 | |  | | | | | 留学国家 | | | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | 学 历 | | |  | 学 位 | | |  |
| 职 称 | |  | | | 专 业 | | |  | 毕业单位 | | |  |
| 外语语种 | |  | | 熟练程度 | | | |  | | | | |
| 曾获奖励及荣誉称号情况 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 参加本项目的起止时间 | | | 至 | | | | | | | | | |
| 所  做  贡  献 |  | | | | | | | | | | | |

七、项目审核情况表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位审核意见 | 公 章  年 月 日 |
| 审核意见  申报单位上级主管部门 | 公 章  年 月 日 |

附件信息

|  |
| --- |
| **附件名称** |
|  |

科研诚信承诺书

本人将按照《关于组织开展省卫生健康委2019年度医学引进新技术评估申报工作的通知》(苏卫科教〔2019〕9号)要求，严格遵守科学道德和诚信要求，确保申报材料真实、合规、有效。如发现有科研诚信问题，本人将积极配合调查并接受相应处理。

第一完成人签名： 单位公章：

（日期） （日期）

第二完成人签名： 单位公章：

（日期） （日期）

第三完成人签名： 单位公章：

（日期） （日期）