**结 题 申 请 报 告**

**（ 年）**

**课题合同编号**

**课 题 名 称**

**课题负责人**

**承 担 单 位**

**计 划 类 别**

**研究周期 年 月 日至 年 月 日**

**填报日期 年 月 日**

**江 西 省 卫 生 健 康 委 制**

说 明

1、课题完成研究计划后填写本“报告”

2、本“报告”是研究工作总结，在提交本报告的同时应另附工作报告、技术报告、相关论文复印件、课题合同（上册）复印件等材料，上述五份材料统一装订成一册。

3、“计划类别”指课题属哪个部门哪一类计划，如省卫生健康委重大科技计划、普通科技计划、学术带头人计划、星火推广计划等。

4、研究周期为计划下达的时间至实际完成研究的时间。

5、填写必须严肃认真，实事求是，建议双面打印，A4或A3纸复印。

6、本“报告”及附件材料一式四份，课题组留存两份，单位留存一份，报省卫生健康委一份。

|  |
| --- |
| 研究或推广内容完成情况（打√） |
| A、全部完成 | B、大部分完成 | C、小部分完成 | D、尚未开始 |
| 研究或推广目标实现情况（打√） |
| A、全部达到 | B、大部分达到 | C、小部分达到 | D、未达到 |
| 研究水平的自我评价（打√） |
| A、国际领先 | B、国际先进 | C、国内领先 | D、国内先进 |
| E、省内领先 | F、省内先进 |  |  |
| 取得成果情况（打√） |
| A、阶段成果 | B、申请专利 | C、批准专利 | D、技术转让 | E、已获奖 |
| 论文发表情况（省级以上刊物） |
| 论文名称 | 作者姓名 | 发表年月 | 发表在何种刊物 | 国内外反映应用情况 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 主要研究人员（按贡献大小排序） |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 技术职称 | 从事专业 | 工作单位 | 主要贡献 | 签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 经费决算表 |
| 收入 | 支出 |
| 科目 | 预算数（万元） | 实际数（万元） | 科目 | 金额（万元） |
| 合计 |  |  | 合计 |  |
| 拨款 |  |  | 一、直接费用 |  |
| 其他途径筹资 |  |  | 1、设备费 |  |
|  |  |  | （1）购置设备费 |  |
|  |  |  | （2）自制设备费 |  |
|  |  |  | （3）设备改造与租赁 |  |
|  |  |  | 2、材料费 |  |
|  |  |  | 3、测试化验加工费 |  |
|  |  |  | 4、燃料动力费 |  |
|  |  |  | 5、差旅费 |  |
|  |  |  | 6、会议费 |  |
|  |  |  | 7、国际合作与交流费 |  |
|  |  |  | 8、信息费（出版/文献/信息传播/知识产权事务费等） |  |
|  |  |  | 9、专家咨询费 |  |
|  |  |  | 10、劳务费 |  |
|  |  |  | 11、其他支出 |  |
|  |  |  | 二、间接费用 |  |
|  |  |  | 1、管理费 |  |
|  |  |  | 2、绩效支出 |  |
| 结余 |  |
| 单位财务部门意见：（单位财务负责人签章）  20 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 　研究或推广内容及结果简介（1、完成的研究或推广内容及水平分析。2、推广应用的情况，产生的社会和经济效益，并附有关证明材料。） |

|  |
| --- |
| 　　单位支持情况（含经费、仪器设备、实验室、人员调配、水电供应及保证课题人员研究时间等） |
| 下一步的工作打算（进一步的推广应用、申请鉴定、技术转让等） |

|  |
| --- |
| 单位意见：（研究人员对课题研究的责任心、态度，研究或推广计划完成与否的判断、研究质量水平的评价、经费使用是否合理及同意结题与否的意见）单位盖章 年　　月　　日   |
| 　设区市卫生健康委或高等医学院校审查后意见：年　　月　　日（盖章） |
| 　　省卫生健康委审批意见：年　　月　　日（盖章） |