附件1：

江苏省研究型医院学会

2025年度科普行动计划项目申报书

**申报专题：**

**申报单位：**

**项目名称：**

**负 责 人：**

**联系电话：**

**填报日期：**

江苏省研究型医院学会制

二○二五年三月

填 报 说 明

1. 本申报书为江苏省研究型医院学会2025年度科普行动计划项目评审工作的主要依据之一，申报学会必须保证其真实性和严肃性，填写内容须实事求是，表述应明确、严谨，相应栏目填写完整，缺项或格式不符的申报材料不予受理。

2. 填写申报书前须认真核查申报资格条件，避免无效申报。

3. 申报书（电子版和纸质版）须按申报通知要求提交，逾期视为放弃申报。

4. **“申报单位”统一填写学会所属“分支机构、会员单位、基地”名称**。

5. **申报项目书需将“全国科技活动周（省科普宣传周）、全国科普日”开展相关主题活动列入“主要任务”之一**。

6. 本申报书由江苏省研究型医院学会科技评审部负责解释。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况 | | | | | | | | | | | | | |
| 所属专题 | | | | □常见病百场科普讲座全省行  □科普作品创作与传播  □科普课题研究  □基层科普活动 | | | | | | | | | |
| 项目名称 | | | |  | | | | | | | | | |
| 申报单位 | | | |  | | | | | | | | | |
| 项目负责人 | | | |  | | | 职务（职称） | | | | |  | |
| 手机号码 | | | |  | | | 电子邮箱 | | | | |  | |
| 项目承担单位 | | | |  | | | | | | | | | |
| 二、立项依据 | | | | | | | | | | | | | |
| 含以往项目承担经历、项目实施的背景、目的及意义等。  立项依据：  1．  2．  …  （可另加页） | | | | | | | | | | | | | |
| 三、绩效目标 | | | | | | | | | | | | | |
| （根据立项依据和经费预算情况，合理设定绩效目标，目标描述应具体、量化，并设定绩效目标值）  （可另加页） | | | | | | | | | | | | | |
| 四、实施步骤和进度计划 | | | | | | | | | | | | | |
| 项目起止时间： 年 月 日起至2025年12月31日止 | | | | | | | | | | | | | |
| 实施阶段 | | 目标内容 | | | | | | | | | 时间进度  ( 月日起至 月日止) | | |
| 第一阶段 | |  | | | | | | | | |  | | |
| 第二阶段 | |  | | | | | | | | |  | | |
| 第三阶段 | |  | | | | | | | | |  | | |
| ...... | |  | | | | | | | | | | | | |
| 七、工作负责人及主要参加人员 | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | 年龄 | | 职务/职称 | | | 工作单位 | | 在本项目中承担的主要工作 | | | 联系方式 |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 八、经费预算 | | | | | | | | | | | | | |
| 支出内容明细 | | | | | | 金额(单位：万元) | | | | | | | |
| （如有配套经费请单独列支明细） | | | | | |  | | | | | | | |
| ...... | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
| 九、相关意见 | | | | | | | | | | | | | |
| 项目负责人（签字）：    年 月 日 | | | | | | | | | 推荐单位负责人（签字）：    年 月 日 | | | | |
| 专家评审组审核意见    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 江苏省研究型医院学会科技评审部审核意见  （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |