附件1

**河南省医学教育研究项目**

立 项 申 请 书(A表)

申请立项名称：

项 目 主 持 人：

主持人所在单位：

联 系 电 话：

填 报 日 期：

河 南 省 卫 生 计 生 委 制

二零一七年四月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、申请人信息 | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | | |  | | 出生年月 | |  | |
| 职 称 | |  | | 主持人所在单位 | | | |  | | | | |
| 职 务 | |  | | 学历 | | |  | | 从事专业 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | 邮箱 | |  | | | |
| 二、项目组主要成员情况及签名 | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 职称 | | 年龄 | | 正在从事的工作 | 所在单位 | | | | 分工  情况 | | 签 名 |
|  |  | |  | |  |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | | | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | | | |  | |  |
| 三、项目承诺书 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人保证项目申请书填报内容真实，不存在任何知识产权问题。若获准立项，本人将严格按照本表填写内容，按时完成研究计划，按要求及时报送结项等相关材料。遵守省卫生计生委有关医学教育教学改革项目管理的各项规定，如有违反，本人将承担相关责任。  申请人 ：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 四、申请人所在单位审核意见 | | | | | | | | | | | | | | |
| 盖章： 负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 五、专家组评审意见 | | | | | | | | | | | | | | |
| 专家组组长（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 六、省卫生计生委审核意见 | | | | | | | | | | | | | | |
| 盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

附件2

**河南省医学教育研究项目**

立 项 申 请 书(B表)

自此以下不得出现课题所有参加者个人或单位信息，否则申请无效！

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 计划完成  时间 | 年 月 日 |
| 成果形式 | A.著作 B.研究报告 C.论文 D.实践成果 E.其他 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、本课题前期研究基础 | | | | | | | | | | |
| 申请人（主持人）承担医学教育研究项目及完成情况（近五年，限三项） | | | | | | | | | | |
| 项目来源 | 课 题 名 称 | | | 批准时间 | | 是否完成 | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
| 申请人（主持人）医学教育研究成果情况（近五年，限三项） | | | | | | | | | | |
| 成果名称 | | 出版社/刊物名称/采用机关名称 | 成果形式 | | 出版/发表期号/采用时间 | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | | |
| 二、项目组成员近五年来与本项目有关的主要研究成果（注明刊物的年、期或出版社、出版日期，限本页不得加页） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 三、本课题研究现状及趋势，研究本课题的实际意义（1500字以内） | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 四、本课题的研究内容及拟突破的重点难点问题（1000字以内） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 五、课题的研究思路和方法，研究工作方案、进度计划（2000字以内） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 六、预期目标及研究成果的使用范围（限500字） |
|  |

|  |
| --- |
| 七、专家组评审意见 |
| 签字：  年 月 日 |

附件3

**河南省医学教育研究项目**

**立项汇总表**

**申报单位签章**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 申 报 人 | | | | 主要  参与者 |
| 姓 名 | 年 龄 | 职 称 | 从事教学工作  及年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

联系人：

联系电话：

附件4

**河南省医学教育研究项目**

结 项 评 审 书

项 目 名 称：

项 目 主 持 人：

主持人所在单位：

联 系 电 话：

电 子 邮 箱：

河 南 省 卫 生 计 生 委 制

二零一七年四月

一、项目组成员信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主持人相关信息 | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 学历 |  | 出生日期 | |  |
| 所在单位 | |  | 通讯地址、邮编 | |  | | |
| 职称 | |  | 学历/学位 |  | 专业 | |  |
| 联系方式 | |  | | 邮箱 |  | | |
| 项目组主要成员信息 | | | | | | | |
| 姓 名 | 单位、正在从事的工作 | | | 职 称 | | 在研究中承担的任务 | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |

二、学校（单位）审核意见

|  |
| --- |
| 学校（单位）对结项项目的意见，包括对项目研究工作过程和研究成果的评价等。  学校（单位）负责人签章：  年 月 日 |

三、研究成果

|  |
| --- |
| 已经发表的与研究项目相关的论文（刊物、刊号、论文名称）、专著及其他证明材料（领导批示、获奖情况、媒体报道、被决策采纳证明文件等） |

四、专家组评审意见

|  |
| --- |
| 专家组组长（签字）：  年 月 日 |

五、省卫生计生委审定意见

|  |
| --- |
| 年 月 日 |

附件5

**河南省医学教育研究项目**

**结项报告**

自此往下不得出现项目所有参加者个人或单位信息，否则申请无效！

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目批准号 |  | | |
| 项目名称 |  | | |
| 成果形式 | A.著作 B.研究报告 C.论文 D.实践成果 E.其他 | | |
| 计划完成  时 间 |  | 实际完成  时 间 |  |
| 备 注 |  | | |

**一、研究工作总结报告（不超过2000字）**

内容提示：

（一）研究的主要过程和活动；

（二）研究计划执行情况；

（三）研究成果解决的教学问题以及解决教学问题的方法；

（四）成果的突出特色以及创新点；

（五）成果的推广应用价值；

（六）成果的出版、发表情况等。

……

**二、项目研究主体报告**

…………

附件6

**河南省医学教育研究项目结项汇总表**

申报单位签章

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 申 报 人 | | | 立项时间 | | 主要参与者 |
| 姓 名 | 年 龄 | 职 称 | | 及课题编号 |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |

联系人：

联系电话：

通知豫卫科教〔2017〕10号