附件

海南省医疗保障局委托课题申报书

（2023年度）

**课题名称：**

**承担单位：**

**课题负责人：**

**申报时间：**

**海南省医疗保障局 制**

承 诺 书

本人对所填写的各项内容的真实性、有效性负责，保证没有知识产权争议，不存弄虚作假。我承诺遵守海南省医疗保障局的有关规定，认真开展课题研究工作，及时向海南省医疗保障局汇报课题研究进展情况，并按时提交研究成果。

课题负责人：

2023年月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题名称 |  | | | | |
| 承担单位 |  | | | | |
| 课题负责人 |  | 联系电话 |  | 职称/职务 |  |
| 经办人 |  | 联系电话 |  | 职称/职务 |  |
| 单位地址 |  | | | | |
| **一、研究的主要内容及进度安排（包括研究背景、研究意义、研究内容、研究方法、进度安排等）** | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **二、预期成果（包括课题研究报告等）** | | | | | |
| **三、经费预算** | | | | | |
| 项 目 | | 预算说明 | | 金额（元） | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 1. **研究团队已有的学术成果** | | | | | |
| **五、课题组成员（包括课题负责人）** | | | | | |
| 姓 名 | 单 位 | | 职务/职称 | | 承担任务 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| **课题负责人**  **所在单位意见** | 负责人签字：  年 月 日  （公章） | | | | |