|  |  |
| --- | --- |
| 申请受理号 |  |
| 接收时间 |  |
| 注册时间 |  |
| 单位注册代码 |  |

深圳市医学研究专项资金

依托单位注册申请书

申 请 单 位：

统一社会信用代码：

单 位 住 所：

邮 政 编 码：

联 系 人：

固 定 电 话：

移 动 电 话：

电 子 邮 箱：

申 请 日 期：

二〇二三年

依托单位注册信息登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位法人信息 | 单位名称 | 中文 |  |
| 英文 |  |
| 法定代表人 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 有效期 |  | 年检日期 |  |
| 单位住所 | 广东省 深圳市 区 |
| 上级主管单位 | （事业单位按照法人证书中举办单位名称填写，其他单位按管理关系的上级主管单位名称填写） |
| 隶属关系 |  |
| 机构类型 | [ ] 事业法人社会团体法人企业民办非企业其他 |
| 银行开户信息 | 银行开户单位名称 | （与开户银行许可证一致） |
| 开户银行 | （与开户银行许可证一致） |
| 开户银行联行号 |  |
| 帐 号 | （与开户银行许可证一致） |
| 单位性质 | 高等院校 科学研究机构 医疗卫生机构 | 企业其他 | 医疗机构等级（医疗机构填写） |  |
| 单位基本情况 | 单位别称 |  | 单位总人数 |  |
| 本单位生物医药领域研究人员情况 |
| 正高级职称（人数） |  | 副高级职称(人数) |  | 副高级职称以下(人数) |  | 合计 |  |
| 博士后站 | 有 无 | 博士点数量 |  | 硕士点数量 |  |
| 获博士学位工作人员(人数) |  | 获硕士学位工作人员(人数) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科研管理部门 | 独立 非独立  | 部门名称 |  |
| 通讯地址 | 广东省深圳市 区 |
| 详细地址 | 请务必填写到门牌号 |
| 邮政编码 |  | 单位网址 |  |
| 负责人 |  | 办公电话 |  |
| 移动电话 |  |
| E-mail |  |
| 专项资金管理联系人 |  | 是否专岗 | 🞎是 🞎否 |
| 办公电话 |  |
| 传真 |  |
| 移动电话 |  |
| E-mail |  |
| 职务 |  |
| 财务管理部门 | 独立 非独立  |
| 负责人 |  | 办公电话 |  |
| E-mail |  |
| 专项资金财务联系人 |  | 办公电话 |  |
| 传真 |  |
| E-mail |  |
| 科研诚信机构 | 独立 非独立 |
| 负责人 |  | 办公电话 |  |
| E-mail |  |
| 科研诚信机构联系人 |  | 办公电话 |  |
| 传真 |  |
| E-mail |  |
| 是否开设科研诚信和科研伦理课程  | 是 否 |

生物医药领域研究及管理能力证明

|  |
| --- |
| 近10年来（2013-2023年）主持的研究任务 |
| 国家级课题数 |  | 省部级课题数 |  | 地市级课题数 |  |
| 本单位生物医药领域研究及管理能力说明(请按要求填写并提供相应证明材料)一、本单位简介（300字以内）二、本单位从事生物医药领域研究情况：1.近十年主持或参与的主要生物医药领域研究项目（列举不超过5项；需提供项目批准通知、合同书（任务书）首页和签字盖章页或立项证明文件的复印件；若项目负责人为双聘人员，需出具在深单位人事聘用合同或聘用证明。） |
| 项目名称 | 项目来源或计划名称 | 立项部门 | 执行期限 | 在深单位合同经费（万元） | 主持或参与 |
|  |  |  |  |  | 主持 参与 |
|  |  |  |  |  | 主持 参与 |
|  |  |  |  |  | 主持 参与 |
|  |  |  |  |  | 主持 参与 |
|  |  |  |  |  | 主持 参与 |
| 2.近十年来从事生物医药领域研究所取得的代表性成果（每类成果列举不超过5项；提供论文、省部级二等奖以上奖励、发明专利及成果转化证明等复印件，其中：论文只附首页） |
| 论文题目(发表年度、DOI号) | 刊物名称 | 作者中本单位人员姓名（一人即可） | 是否第一或通讯作者单位 |
|  |  |  | 是 否 |
|  |  |  | 是 否 |
|  |  |  | 是 否 |
|  |  |  | 是 否 |
|  |  |  | 是 否 |
| 获奖名称 | 获奖年度 | 奖项等级与类别 | 本单位排名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 获授权的发明专利名称 | 专利号 | 发明人中本单位人员姓名（一人即可） | 授权公告日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 其他成果（不超过5项）： |
| 三、本单位拥有的实验室及主要仪器设备的情况（各列举不超过5个） |
| 序号 | 实验室/平台名称 | 实验室级别（如国家、教育部、广东省、深圳市及单位内部重点实验室等） | 主要科研仪器数量 | 代表性仪器名称 | 是否共享 |
| 例 | XX医学中心 | 广东省重点实验室 | 10 | XXXX | 与XX中心共享 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 四、本单位主要科研项目、财务、资产、科研诚信管理制度或办法介绍（仅电子版，无需寄送纸质材料） |
| 制度类型 | 制度名称 | 发文号 | 制定日期 | 修订日期 | 附件 |
| 科研项目管理 |  |  |  |  |  |
| 财务管理 |  |  |  |  |  |
| 资产管理 |  |  |  |  |  |
| 科研诚信管理 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 承 诺本单位申请注册为深圳市医学研究专项资金的依托单位，谨此承诺：1. 本申请所提供的信息和材料均真实、准确、合法、有效；
2. 注册为依托单位后，同意遵守《深圳市医学研究专项资金管理办法》及各项规章制度。

申请单位法定代表人签字：（单位公章） 年 月 日 |
| 申请单位经办人签字： 年 月 日 |