

江苏省研究型医院学会文件

苏研科发〔2023〕6号

关于申报 2023 专项科研基金——脑血管病血流动力学项目的通知

各有关单位：

为进一步提升脑血管病血流动力学的科研水平，不断探索脑血管病血流动力学在颅内动脉瘤等脑血管疾病发生发展中的作用及意义及其在神经介入治疗中的意义，现开展 2023 年专项科研基金项目——脑血管病血流动力学项目的申报，重点资助有一定研究基础和科研能力的临床医师开展研究。现将 2023 年度专项科研基金项目申报工作通知如下：

一、项目资助方向

1、本项目主要致力于脑血管疾病的血流动力学特点的研究，以及探讨其在脑血管相关疾病如动脉瘤等发生发展中作用及其在临床中的应用。

2、本项目以临床研究为主，研究真实世界中脑血管病血流动力学特点及其在临床神经介入治疗中的应用。

3、本研究分为面上项目及青年项目

二、申请条件

1、面上项目负责人需具有正高级（含）专业技术职称（职务）；具有承担临床研究项目或者其他从事基础研究的经历；青年项目要求具有主治以上的职称，具有从事临床研究经验。从事神经介入治疗工作的临床医生优先资助。

2、每位负责人只能申报 1 个项目，承担本基金项目未按规定要求结题者，不得作为项目负责人再次申报项目；

3、已获得国家和省市科研基金资助的项目不在本次资助之列；

4、本项目研究期限一般不超过三年

5、面上项目费用每项不超过 40 万，青年项目每项不超过 5 万。

三、申请书受理与提交

1、项目申请书集中受理时间为发布之日起至 2023 年 4 月 30 日；

2、项目申报人填写《江苏省研究型医院学会脑血流动力学项目专项科研基金申请书》，获单位同意后加盖单位章；申报人签字后，将签字盖章页扫描电子版，连同申请书电子版发送至 jssyjsjjr@163.com，请在邮件题名标注清楚为申报课题，专委会收到邮件后将会在 3 天内回复邮件确认，如未收到确认邮件，请及时与专委会联系。

四、项目评审及后续工作

1、专委会对所申报的项目申请书进行形式审查，通过

审查的申报书提交专家函审，每个项目函审专家 3-5 人。函审结束后，专委会将组织相关专家对函审入选项目进行复审，必要时将听取项目申请人汇报并提问；

2、项目评审结束后，江苏省研究型医院学会公示立项项目，无异议后学会将下达项目立项和经费拨付通知；

3、项目进行阶段，专委会将组织各项目负责人中期报告一次，以了解课题进度；项目完成后，负责人需向专委会提交验收资料；

4、项目形成的论文或其他成果，均应标注“本项目得到江苏省研究型医院学会神经介入专委会科研基金资助”

(Supported by a grant from Jiangsu Research Hospital Association for Neurointervention) 以及相关项目编号。

五、联系方式

联系人：李征

联系电话：15151876189

电子邮箱：jssyjsjir@163.com

通讯地址：江苏省南京市广州路 300 号

邮政编码：210029

附件：《2023 年江苏省研究型医院学会专项科研基金项目申报书》

江苏省研究型医院学会神经介入专委会

2023 年 04 月 23 日



附件

项目编号：

2023 年江苏省研究型医院学会 专项科研基金项目申报书

项目类别

项目名称

申报单位

申请日期 年 月 日

江苏省研究型医院学会制表

填 报 说 明

1. 本申报书是申报江苏省研究型医院学会专项科研基金项目的依据，填写内容须实事求是，表述应明确、严谨。相应栏目请填写完整。格式不符的申请表不予受理。

2. 每个申请项目单独填写项目申报书，同一申报书申请两个或两个以上项目视作无效。申报书应为 A4 开本的计算机打印稿。

3. “项目名称”须按申报通知要求填写，应确切反映项目内容和范围。同一项目不得以不同名称申请其他经费支持。“申报单位”须填写单位全称。

4. 项目申报单位是项目经费管理的责任主体，负责项目经费的日常管理和监督；项目负责人是项目经费使用的直接责任人，对经费使用的合规性、合理性、真实性和相关性承担相应的法律责任。

5. “项目申报单位基本情况”，项目应由项目单位本级执行，严禁转包。如需有关单位参与协作，请在申报书各相关部分中，写明由第一申报单位牵头项目实施和管理，并明确承办单位和协作单位双方在任务分工、经费使用等方面的责、权、利。

6. “项目实施条件”，指项目单位在实施项目过程中应当具备的人员条件、资金条件、设施条件及其他相关条件。相关财务管理条件也应明确。

7. “项目经费预算”，须按项目实施过程中具体工作需求详细填写。预算不可列支管理费，已有财政支持人员经费的单位，不可列支固定人员工资类预算。

8. 项目申报书填好后，加盖单位公章，按照申报通知要求寄送。

一、项目申报单位基本情况			
单位名称			
单位地址		邮政编码	
项目负责人		职称/职务	
联系电话		手 机	
电子信箱		传 真	
协作单位名称	如有，必须填写		
协作单位地址		邮政编码	
项目负责人		职称/职务	
联系电话		手 机	
电子信箱		传 真	
二、立项依据和目的			

三、项目主要内容

四、项目目标及预期成果

五、项目实施条件

九、项目申报单位意见

项目负责人(签名): 年 月 日

单位负责人(签名): 年 月 日

开户银行:

账 号:

户 名:

单位公章

年 月 日

十、江苏省研究型医院学会审核意见

负责人(签名):

学会公章

年 月 日