**福建省高校口腔医学重点实验室**

**B类开放课题申请书**

|  |  |
| --- | --- |
| **课题编号** |  |
| **课题名称** |  |
| **申请人** |  |
| **手机号** |  |
| **E-mail** |  |
| **申请单位** |  |
| **申请经费** | **3万元** |

**申请时间：2018年 月 日**

经费使用注意事项

1. 结题要求：在开放课题研究中形成的相关论文论著等成果，B类课题须发表CSCD文章级别以上1篇，方能结题。结题时间为签定合同后2年以内，不能按期达到结题要求者，本实验室有权终止该项目的执行并收回已资助的所有经费。
2. 署名及其单位要求：文章必须有本实验室合作者署名，B类课题第一作者、通讯作者单位都必须为“福建医科大学附属口腔医院”（英文名称如前），但单位排序不限，还须标注“福建省高校口腔医学重点实验室”（英文：Key laboratory of Stomatology, Fujian province University）。未按照如上要求标注和署名的课题不予验收。

# 一、基本信息

课题编号：

课题名称：

课题负责人：

课题经费：

课题时限：2019.01.01~2020.12.31

# 二、研究团队

## 1.负责人信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 性别 |  | 国 别 |  |
| 身份证号码或护照号码 |  | | |
| 职称 |  | | |
| 最后学位（国别） |  | | |
| 所学专业 |  | | |
| 学位授予的单位和时间 |  | | |
| 工作单位 |  | | |
| 项目分工 |  | | |

## 2.共同负责人（本实验室导师）信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 性别 |  | 国 别 |  |
| 职称 |  | | |
| 最后学位（国别） |  | | |
| 学位授予的单位和时间 |  | | |
| 工作单位 | 福建医科大学附属口腔医院 | | |
| 项目分工 |  | | |

## 3. 团队其他成员信息

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 学位 | 出生年月 | 职称 | 项目分工 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

# 三、拟解决的关键科学问题

正文：中文请用小四字宋体，外文请用Times New Roman，首行缩进2字符，1.5倍行距。段前段后均为零行。

# 四、主要研究内容

正文：中文请用小四字宋体，外文请用Times New Roman，首行缩进2字符，1.5倍行距。段前段后均为零行。

# 五、研究目标

正文：中文请用小四字宋体，外文请用Times New Roman，首行缩进2字符，1.5倍行距。段前段后均为零行。

# 六、研究方案

正文：中文请用小四字宋体，外文请用Times New Roman，首行缩进2字符，1.5倍行距。段前段后均为零行。

# 七、经费预算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 科目名称 | 经费（万元） |
| 1 | 课题经费 |  |
| 2 | 材料费 |  |
| 3 | 测试化验加工费 |  |
| 4 | 差旅费 |  |
| 5 | 会议费 |  |
| 6 | 出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |
| 7 | 专家咨询费 |  |
| 8 | 劳务费 |  |
| 9 | 其它费用 |  |