编号：

**青年长效可逆避孕（青年LARC）专项研究基金**

**课题申请书**

**课题名称：**

**申请医院：**

**课题负责人科室：**

**课题负责人：**

**通讯地址：**

**邮政编码：**

**联系电话：**

**电子信箱：**

**申请日期： 月 日**

**申请医院（公章）**

**青年LARC促进公益计划**

**中华医学会计划生育学分会**

**二〇一**八**年四月制**

**第一部分 课题研究人员资料及单位基本情况**

**1.课题负责人基本情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名（中文） |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 姓名（拼音） |  | 出生年月 |  | 出生地 |  |
| 职 称 |  | 学 位 |  | 职 务 |  |
| 研究领域 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | 科 室 |  |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  |
| 单位电话 |  | | | 家庭电话 |  |
| 电子邮箱 |  | | | 手机号码 |  |

**2.课题组主要成员简况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 学位 | 项目分工 | 联系电话 | 本人签名 |
| 负责人 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主要成员 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**3.单位基本情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院类别机构种类: |  | | |
| 机构级别: |  | | |
| 机构性质 |  | 是否有单独的计划生育科 |  |
| 与人工流产和流产后服务直接相关的人员数 | | 医生 人 护士/助产士 人 | |
| 是否为流产后避孕（PAC）优质服务医院 |  | | |
| 是否开展了手动负压（MVA）早孕流产术？ |  | | |

**4. 本院2017年全年12周（包括12周）以内的早孕人工流产数**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 电动负压吸宫术 | | | 手动负压（MVA）流产术 | | | 药物流产 | | | 合计 |
|  |  | ≤25岁未生育 | |  | ≤25岁未生育 | |  | ≤25岁未生育 | |
|  |  | n | % |  | n | % |  | n | % |  |
| 门诊 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**第二部分 课题资料**

**1.课题简介（800-1500字）**

|  |
| --- |
|  |

**2.立项依据**

|  |
| --- |
|  |

**3、课题预期目标**

|  |
| --- |
|  |

**4.课题进度安排**

|  |
| --- |
|  |

**5.项目研究经费预算**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支出科目 | 金额（元） | 预算根据及理由 | 备注 |
|  |  |  |  |
| 合计（元） |  | | |
| 单位匹配经费（元） |  | | |
| 申请本资助经费（元） |  | | |

**6.课题负责人承诺**

|  |
| --- |
| 我保证上述填报内容是真实的。如获批准，我与本课题组成员将严格遵守国家有关法律、法规，遵守青年长效可逆避孕（青年LARC）专项研究基金管理有关规定，切实保证按计划开展工作，按时报送有关材料，接受检查与监督。  **课题负责人（签章）**  **2018 年 月 日** |

**第三部分 单位审批意见**

**1. 课题申请单位伦理委员会意见（如果课题不涉及伦理问题请声明并加盖公章，本项内容不能空缺）**

|  |
| --- |
| **本课题不涉及伦理问题**  **伦理委员会签章**  **年 月 日** |

**2. 课题申请单位意见**

|  |
| --- |
| 1.项目负责人所在单位科研管理部门意见：  本申请书材料真实可靠，同意申报。  联 系 公章  联系电话： 2018 年 月 日 |
| 2.项目负责人所在单位意见：  同意申报。  主管领导签字： 单位公章  2018 年 月 日 |

**第四部分、附件目录**

**1、相关资质证明材料复印件**