中枢神经再生教育部重点实验室

（暨南大学）开放课题申请书

课题名称 ：

申请者 ：

工作单位 ：

通讯地址 ：

电话 ：

邮箱 ：

申请日期 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **课题**  **名称** | |  | | | | | | | | |
| **申请人**  **姓 名** | |  | **性 别** | |  | | **出生**  **年月** |  | **学 历** |  |
| **所在**  **单位** | |  | | | | | | | **职 称** |  |
| **申请**  **期限** | |  | | 邮箱 | |  | | | **电 话** |  |
| **通讯**  **地址** | |  | | | | | | | | |
| **研**  **究**  **目**  **的**  **及**  **意**  **义** |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **课**  **题**  **主**  **要**  **内**  **容** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **研**  **究**  **方**  **案**  **及**  **预**  **期**  **成**  **果** | **请在研究方案中列出技术路线图** |
| **申请人近五年发表论文情况（包括论文题目、期刊名称、发表时间和作者排序）** | **1、课题申请者简历**    **2、课题依托单位的合作负责人简历** |
| **经**  **费**  **预**  **算** | **申 请 人（签字）：**    **年 月 日** |
| **所**  **在**  **单**  **位**  **意**  **见** | **单 位（公章） 负 责 人（签章）**    **年 月 日** |
| **学**  **委**  **会**  **审**  **批**  **意**  **见** | **学委会主任（签章）**    **年 月 日** |

**(可另加附页，此表复印有效)**