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)