附件2

项目类别： 项目编号：

甘肃省药品科研项目任务书

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： |  |
| 项目委托单位（甲方）： | 甘肃省药品监督管理局 |
| 项目承担单位（乙方）： | *（须盖章）* |
| 项目负责人： |  |
| 起止年限： | 2021 年 9 月 至 2023 年 9 月 |

甘肃省药品监督管理局 制

填 写 说 明

一、本任务书的甲方是指项目委托方；乙方是指项目承担单位。

二、密级由承担单位提出，按有关保密规定，审核确定。

三、填写内容涉及到外文名称，要写清全称和缩写字母。

四、任务书文本为A4页面，要求用A3幅面双面打印、骑马装订成册，一式四份，必须每份签章。

五、凡不填内容的栏目，用“—”或“无”表示，并设置单元格内水平居中。

六、由其他单位承担的子课题任务书需与本任务书一同报送。

|  |
| --- |
| 一、背景与需求 |
|  |

|  |
| --- |
| 二、项目目标与主要任务 |
| 1.本项目的研究目标  2.主要研究任务 |
| 三、研究方法与技术路线 |
|  |
| 四、工作方案 |
| *（包括时间进度、阶段目标、中期报告等）* |
| 五、预期研究成果 |
|  |
| 六、项目绩效考核指标 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 七、项目主要承担单位以及合作单位 | | | | | |
| （一）项目主要承担单位 | | | | | |
| 单位名称 | | 组织机构代码/统一社会信用代码 | | 单位类型 | 通讯地址及邮编 |
| *（单位公章）* | |  | | *（如：全额事业单位、高等院校、企业单位等）* |  |
| （二）项目合作单位 | | | | | |
| 序号 | 合作单位名称 | | 组织机构代码/统一社会信用代码 | | 单位类型 |
| 1 | *（单位公章）* | |  | | *（如：全额事业单位、高等院校、企业单位等）* |
| 2 | *（单位公章）* | |  | | *（如：全额事业单位、高等院校、企业单位等）* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 八、项目主要研究人员 | | | | | | | | | | | | | |
| 项目负责人：*（合作项目不超过2名）* | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 工作单位 | 职务/职称 | | 学历学位 | | 承担项目主要工作任务 | | 电话 | | 传真 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 主要研究人员： | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 工作单位 | | 职务/职称 | | 学历学位 | | 电话 | | 电子邮箱 | | 项目分工 |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 八、经费预算（单位：万元） | | | |
| （一）经费来源 | | | |
| - | 金额 | 备注 | |
| 1.申请甘肃省药品监督管理局的经费资助 |  | *（应与省局立项经费资助保持一致）* | |
| 2.自筹经费来源 |  |  | |
| （1）国家财政其他拨款 |  |  | |
| （2）地方、部门配套 |  |  | |
| （3）单位自筹 |  |  | |
| （4）其他来源 |  |  | |
| 合计 |  |  | |
| （二）经费支出预算 | | | |
| 经费支出预算科目名称 | 申请资助经费 | 自筹经费 | 合计 |
| **直接费用** | 万元 | | |
| 1.设备费 |  |  |  |
| （1）设备购置费 |  |  |  |
| （2）设备试制费 |  |  |  |
| （3）设备改造与租赁费 |  |  |  |
| 2.材料费 |  |  |  |
| 3.测试化验加工费 |  |  |  |
| 4.燃料动力费 |  |  |  |
| 5.差旅费、会议费、国际合作与交流费 |  |  |  |
| 6.出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |  |
| 7.劳务费 |  |  |  |
| 8.专家咨询费 |  |  |  |
| 9.其他支出 |  |  |  |
| **间接费用** | 万元 | | |
| 其中：绩效支出 |  |  |  |
| 共计 | 万元 | | |

|  |
| --- |
| （三）项目申请单位自筹资金或归口管理部门配套资金情况说明 |
| 配套资金情况说明（须由资金配套单位加盖公章）  资金配套单位公章  年 月 日 |
| 自筹资金情况说明（须由资金提供单位加盖公章）  资金提供单位公章  年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 甲  方 | 单位名称 | 甘肃省药品监督管理局  年 月 日 | | | | |
| 代　表　人 |  | | | | |
| 项目联系人 |  | | | | |
| 通讯地址及邮编 | 甘肃省兰州市安宁区银安路7号 730070 | | | | |
| 电话 | 0931-7617286 | 传真 | | 0931-7618190 | |
| 乙  方 | 单位名称 | *（单位公章）*  年 月 日 | | | | |
| 法定代表人 |  | | | | |
| 组织机构代码/统一社会信用代码 |  | | | | |
| 项目联系人 |  | | | | |
| 通讯地址 及邮编 |  | | | | |
| 电　话 |  | | 传真 | |  |
| 银行户名 |  | | | | |
| 银行对公帐号 |  | | | | |
| 开户银行（支行） |  | | | | |