附件1

河北省医疗保障研究课题

结项评审申请书

课题编号

课题名称

课题负责人

所在单位

填报时间

河北省医疗保障局

2025年5月制

课题负责人申明：

 申报单位及课题负责人承诺对所填各项内容的真实性负责，保证没有知识产权争议。若填报失实或违反规定，申报单位及课题负责人将承担全部责任。河北省医疗保障局有权使用所有数据和资料。

 申请人：（签字）

 年　　月　　日

填 表 说 明

 １、本表请用计算机如实填写，统一排版，A4纸双面印制，左侧装订，胶装成册，一式三份。

3、项目负责人：为项目研究的实际负责人，只填写一人。

4、主要参加者：必须真正参加本项目的研究工作，不含项目负责人。

5、项目负责人和项目组成员所在单位具体到二级单位，工作单位按单位公章填写全称。

寄送地址：

石家庄市康乐街35号河北省医疗保障局规划财务和法规处

联 系 人：张子健

电 话：0311-66906560

邮 箱：hebeiguicaichu@163.com

一、基本信息

|  |  |
| --- | --- |
| 课题名称 |  |
| 课题负责人 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  |
| 行政职务 |  | 专业职务 |  | 研究专长 |  |
| 最后学历 |  | 最后学位 |  | 毕业院校 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 电子信箱 |  |
| 办公电话 |  | 手机 |  |
| 课题组成员 |
| 姓名 | 年龄 | 职务/职称 | 工作单位 | 学历学位 | 主要贡献 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

二、研究成果摘要

|  |
| --- |
| ***主要内容、重要观点、对策建议及尚需深入研究的问题等*** |

|  |
| --- |
|  |

三、提交结题评审的文件目录

|  |
| --- |
|  |

四、审核意见

|  |
| --- |
| **申报单位审核意见** |
| 单位公章/科研管理部门公章 负责人（签章）年 月 日 |
| **课题评委审核意见** |
| 评委（签章）年 月 日 |
| **河北省医疗保障局审核意见** |
|   （签 章） 年 月 日 |