附件4

**中华护理学会科研课题形式审查明细表**

填表须知：

1.申请人、所在单位和各省、自治区、直辖市护理学会逐项认真检查，检查确认后请在“□”处打“√”（不涉及申请人申报项目的条目请打“×”，不能为空）。

2.本表仅针对申请书形式审查部分，关于申请书内容、资助方向、申请代码等填写要求，务必详细阅读《中华护理学会2025年度科研课题申报指南》。

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 所在单位 |  | 项目申请人 |  |
| **通用要求** | **申请人** | **所在****单位** | **护理学会** |
| 1 | 申请人已认真阅读《中华护理学会科研课题管理办法（2021年修订）》《中华护理学会2025年度科研课题申报指南》及《中华护理学会关于开展2025年度科研课题资助工作的通知》。 | □ | □ | □ |
| 2 | 申请人具备申报资格(年龄、会员、岗位、学位、职称及指南的其他要求) | □ | □ | □ |
| **基本信息（申请书简表）** |  |  |  |
| 3 | 已根据所申请的研究方向，按照《中华护理学会2025年度科研课题申报指南》所附的申请代码准确选择申请代码，**确认申请内容属于该方向资助范畴。** | □ | □ | □ |
| 4 | 研究期限为2026-2027 | □ | □ | □ |
| **报告正文** |  |  |  |
| 5 | 申请书按所报项目类别正文撰写提纲填写，无遗漏，内容规范、真实。 | □ | □ | □ |
| 6 | 立项依据参考文献书写规范，列出所有作者、论著题目、期刊名或出版社名、年、卷（期）、起止页码。 | □ | □ | □ |
| 7 | 年度研究计划时间与基本信息表**研究期限一致。** | □ | □ | □ |
| 8 | 正在承担的科研项目情况已按要求注明项目的名称和编号、经费来源、起止年月、进展情况、研究内容与该项目的区别和联系等。 | □ | □ | □ |
| 9 | 已按要求列出申请者负责的已结题的省部级及以上项目（项目名称及批准号）完成情况、取得的具体研究成果或项目进展，注明近几年在国内外学术刊物上发表的论文及论文的影响情况。 | □ | □ | □ |
| 10 | 简历部分已填写申请人和项目组主要参与者的学历（从护理教育开始）和研究工作简历**（务必注意时间衔接、逻辑关系）**，近3年来已发表的与本项目有关的主要论著目录和获得学术奖励情况及在本项目中承担的任务。论著目录要求详细列出所有作者、论著题目、期刊名或出版社名、年、卷（期）、起止页码等；奖励情况也须详细列出全部授奖人员、奖励名称等级、授奖年等）。 | □ | □ | □ |
| 11 | 项目组所有成员姓名、身份证号码、职称、年龄、学位等信息准确无误 | □ | □ | □ |
| **提交材料要求 签字和盖章页** |  |  |  |
| 12 | 签字页顶部的项目名称与封面完全一致。 | □ | □ | □ |
| 13 | 成员签字前已准确核对其身份证信息，保证签名和印刷体完全一致。 | □ | □ | □ |
| 14 | 项目负责人及项目组主要成员亲笔签字**。** | □ | □ | □ |
| 15 | 合作单位必须加盖**法人单位公章**。公章名称与合作单位名称完全一致。 | □ | □ | □ |
| **附件** |  |  |  |
| 16 | 提供2篇以内代表性论著扫描文件（如果专著篇幅过大，可以只提供著作封面、摘要、目录、版权页等）。 | □ | □ | □ |
| 17 | 如曾获科技奖励，提供奖励证书扫描文件。 | □ | □ | □ |
| 18 | 如获专利或其他公认突出的创造性成果或成绩，应提供证明材料的扫描文件。 | □ | □ | □ |
| 19 | 在国际学术会议上作大会报告、特邀报告，应提供邀请信或通知的扫描文件。 | □ | □ | □ |
| 20 | 无高级职称且无硕士学位人员申请项目的，需附2位高级专业技术职称（职称）的同行专家推荐信，推荐者亲笔签名，并注明推荐者的职称、专业。 | □ | □ | □ |
| 21 | 任何申请课题，不管研究对象和研究类型如何，要求申请者在申请书中提供所在单位或上级主管单位的伦理委员会批件。伦理批件的题目与申报书的题目一致。 | □ | □ | □ |
| **其它注意事项** |  |  |  |
| 22 | 申请书签字盖章页上签名齐全并且均为本人亲笔签名，包括项目负责人及项目组成员。 | □ | □ | □ |
| 申请人承诺：本人已核对以上相关注意事项，并承诺申报信息真实有效，符合中华护理学会科研项目的各项规定和管理办法。申请人签字： 时间：20 年 月 日 |
| 单位承诺：申请人为我单位正式聘用、在岗人员，我单位已核对以上相关注意事项，申报信息真实有效。经办人签字： 时间：20 年 月 日 所在单位公章： |
| 各省、自治区、直辖市护理学会承诺：我学会已核对以上相关注意事项，申报信息真实有效。经办人签字： 时间：20 年 月 日 申请人所在护理学会公章： |