**浙江大学（余杭）基础医学创新研究院****创新生物医药转化项目**

**申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **项目类型** | 🞏创新药物类 🞏疾病诊断类 🞏细胞治疗类 🞏医疗器械类 🞏其他 |
| **申请人姓名** |  | **身份证号码** |  |
| **邮 箱** |  | **联系电话** |  |
| **所属单位** |  | **职 称** |  |
| **最高学历** |  | **毕业学校** |  |
| **申请人简介：主要研究方向和近年代表性成果** |
|  |
| **申请项目介绍（至少1000字）** |
| **申请项目以取得的成果和前期数据，可以从以下几方面进行阐述（均为必填项，每条可简要罗列）**1. **本项目有何创新性和潜在应用价值？**
2. **通过使用本项目能够产生何种产品或服务？（靶点、药物、器械、试剂、筛药方法等）**
3. **请列举就您所知的能够起到与本项目类似作用的成果（可以提供类似的科研文献或专利、已上市的产品服务等）。**
4. **相对于同领域的现有成果，本项目有何竞争优劣势？（例如能够产生更好更快的效果，使用起来更简易，成本更低等）**
5. **请提供主要实验结果,并指出实验结果验证的程度。**
6. **本项目所依据的原始创新成果的产权状态说明及其他：已经申请的专利、发表的文章及会议摘要、获奖情况。**
 |
| **申请项目研发计划方案（1000字左右）** |
|  |
| **申请项目可行性及研发难点（简要说明）** |
|  |
| **申请项目的资助需求（简要说明）** |
|  |
| 申请人承诺：🞏本人提交的申请表中的内容属实，无任何涉嫌保密内容，若填写内容失实，本人将承担相关责任；🞏本人提交本申请仅用于参与浙江大学（余杭）基础医学创新研究院创新生物医药转化项目遴选。获得资助前与浙江大学（余杭）基础医学创新研究院不发生任何合作关系。 签名： 日期： |