**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** |
| **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（重点内容，均为必填项，请详细阐述）**1. **项目摘要（500字以内）。**
2. **本项目的潜在应用价值，能够产生何种产品或服务？如药物靶点、小分子或者生物药、器械、试剂、筛药方法等。这些产品或服务有何创新性？**
3. **请列举就您所知的能够起到与本项目类似作用的成果（可以提供类似应用价值的科研文献或专利、已上市的产品或服务等）。**
4. **相对于同领域的现有类似成果，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. **请清楚描述本项目的所有关键实验结果（包括但不限于未发表或已经发表的文章或者专利申请中的相关实验结果）。**
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）** |
|  |
| 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。申请人承诺：🞏本人提交的申请表中的内容属实，若填写内容失实，本人将承担相关责任。 签名： 日期： |