附件6

长春市医药专项资金申报书

**项目类别**：吉林省科技创新专项资金（医药专项资金砍块部分）

**项目名称：**

**承担单位（加盖公章）：**

**项目负责人**：

**固定电话：** **移动电话：**

**电子邮箱：**

**通讯地址：**

**长春市工业和信息化局**

**二零二四年制**

一、申报单位基本信息

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称  |    |
| 企业性质  | 医药企业      医疗器械企业    |
| 法定代表人  |    | 身份证号  |    | 电话  | 座机  |
| 手机  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 单位经营地址  |    | 邮编  |    |
| 单位注册地址  |    | 邮编  |    |
| 注册时间  |    | 注册资金  | 万元  |
| 主营业务  |    |
| 开户银行  | 填写到支行  | 信用等级  |    | 帐号  |    |
| 统一社会信用代码  |       |
| 2023年度财务状况  | 注册资本  |    | 净资产总额  |    | 负债率  |    |
| 销售收入  |    | 上缴税金  |    | 净利润  |    |

二、申报项目内容

|  |
| --- |
| **（一）前期工作基础**1、申报单位基本情况和现有研究条件及优势。2、项目负责人、参加人员简介及前期在相关领域所取得的阶段性成果。 |
| 1. **本项目重点研究和实施内容**
 |
| **（三）项目的先进性和创新性，拟解决的关键技术问题**（分条阐述）1.……..2.…….3.……..………… |
| **（四）实施方案（拟采取的技术路线，组织方式、产学研合作机制等）** |

三、考核指标

|  |  |
| --- | --- |
| **成果及指标** | **成果和指标提供形式（授权专利、技术标准、新技术、新产品、新装置、论文专著的数量等）** |
| **项目实施（企业发展）所产生的效益** | **1.社会效益（500字以内）：****2.经济效益（预计所产生的经济效益，包括销售收入、增加值、利润、税收等）（500字以内）：** |

四、项目团队组成

|  |
| --- |
| **项目团队组成** |
| 负责人 |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 所在单位及部门 | 职称 | 现从事专业 |
|  |  |  |  |  |  |
| 其它参加人员 |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 所在单位及部门 | 职称 | 现从事专业 | 在本项目中承担的主要工作 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

五、阶段进度

|  |  |
| --- | --- |
| **年 月** | **完成工作及阶段目标** |
| 1.**\*年\*月-\*年\*月** | 完成工作 | 阶段目标 |
|  |  |
| 2.**\*年\*月-\*年\*月** | 完成工作 | 阶段目标 |
|  |  |
| 3.**\*年\*月-\*年\*月** | 完成工作 | 阶段目标 |
|  |  |

六、附件

 《申报指南》里需要提供的相关申报材料。