附件5：

**重庆医科大学**

**研究生智慧医学专项研发计划**

**任务书**

项 目 名 称：

项 目 类 型：

院 系 名 称： （盖章）

项 目 负 责 人： （签名）

联 系 电 话：

填 写 日 期： 年 月 日

**基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历 | 🞎硕士研究生 🞎 博士研究生 |
| 电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 专业 |  |
| 所在学院 |  | 导师姓名 |  |
| 项目团队 | 姓名 | 单位 | 学历 | 研究专长 | 本人签字 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 项目基本信息 | 项目名称 |  |
| 英文名称 |  |
| 主要内容 |  |
| 研究期限 |  |
| 申请费用 |  |
| 预期成果 |  |

|  |
| --- |
| **一、研究背景及立项依据** |
| 1.研究目的与意义2.国内外研究现状3.前期研究基础 |
| **二、研究目标与内容** |
| 1.研究目标2.研究内容3.特色与创新点 |
| **三、项目研究（或建设）及其实践的预期阶段成果和最终成果** |
|  |
| **四、项目实施计划与步骤** |
|  |
| **五、导师意见** |
|   |
| **六、项目负责人所在部门意见** |
| 申报单位负责人（签章）： （单位公章） 年 月 日 |
| **七、学校意见** |
| 学校（盖章）： 负责人（签字）： 年 月 日 |