

附件 3

国家卫生健康委妇幼健康中心
母婴营养与健康研究项目
计划任务书

项目编号：2024FYH***

项目名称：

项目承担单位：

项目负责人：

起止年限：2025 年 2 月至 2026 年 12 月

国家卫生健康委妇幼健康中心

2025 年 2 月

一、课题基本信息

| | | | | | | |
|------------------------|--|---|----|---|------|--|
| 课题编号 | | | | | | |
| 课题名称 | | | | | | |
| 课题 承担 单位 | 单位名称 | | | | | |
| | 通讯地址 | | | 邮编 | | |
| | 科研 管理部门 | 联系人 | | | | |
| | | 联系电话 | | | | |
| 邮 箱 | | | | | | |
| 其它主要 参加单位 | 单位名称 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 课题 负责人 | 姓名 | | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生年月 | |
| | 学历 | <input type="checkbox"/> 研究生 <input type="checkbox"/> 本科 | | | | |
| | 职称 | <input type="checkbox"/> 正高级 <input type="checkbox"/> 副高级 <input type="checkbox"/> 中级 | | | | |
| | 手机 | | | 邮箱 | | |
| 常用 联系人 | 姓名 | | 手机 | | | |
| | E-mail | | | | | |
| 起止年月 | 2025年2月至2026年12月 | | | | | |
| 主要研究 内容(100 字以内) | | | | | | |
| 预期成果 形式 | <input type="checkbox"/> 新产品（计算机软件） <input type="checkbox"/> 新技术 <input type="checkbox"/> 论文论著 <input type="checkbox"/> 研究（咨询）报告 <input type="checkbox"/> 其它_____ | | | | | |
| 经费投入 | 总经费 | | | 妇幼健康中心 拨款 | | |

二、立项依据（含参考文献）

三、研究目标（详细描述）

四、研究内容与方法（详细描述）

五、研究技术路线

六、研究进度安排（研究进度可按月或季度分，不可按年度分）

七、经费预算（课题总预算，含自筹或其他来源经费）

| 预算支出科目 | 金额（万元） | | 计算依据及理由 |
|---------|--------------|------|---------|
| | 妇幼健康中心 资助 | 其它来源 | |
| 1. 直接经费 | | | |
| (1) 业务费 | | | |
| (2) 劳务费 | | | |
| 2. 间接经费 | | - | |
| 合计 | | | |

备注：1. 业务费包括材料费、测试化验加工费、差旅费/会议费/国际合作与交流、出版/文献/信息传播/知识产权事务费；劳务费包括专家咨询费和劳务费；间接经费比例不超过申请妇幼中心经费的15%。

2. 计算依据及理由：请说明费用具体用途、金额及测算过程，如材料费，1.2万元，200例*60元/例=12000元

八、研究可行性与创新性

九、研究基础（包括工作基础或合作基础等）

十、伦理审查

（请包含以下内容：该课题是否涉及人的相关研究，是否需要提交伦理审查？课题申请时是否有伦理审查批件？课题立项后计划什么时间在何单位提交伦理审查？保证课题通过伦理学审查后再开展现场研究或实验。伦理审查批准书扫描件须提交立项单位备案）

十一、预期研究结果和考核指标（需要与课题目标相对应）

十二、主要研究人员情况（含课题负责人）

| 姓名 | 年龄 | 身份证号 | 所在单位 | 职务/ 职称 | 专业 | 为本项目 工作时间 | 主要分工 | 签字 |
|----|----|------|------|-----------|----|--------------|------|----|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

注：1. 为本项目工作时间按月份填写；2. 主要分工包括课题负责、主要参与、参与；3. 签字需由参与研究人员本人签字。

十三、任务书签订（盖章）

课题负责人承诺：

我将按照计划书负责实施本课题，严格遵守《国家卫生健康委妇幼健康中心母婴营养与健康研究项目管理办法（2024版）》及国家科研诚信与伦理、科研经费、人类遗传资源管理等相关规定，切实保证研究时间，认真开展研究，按时报送有关材料，及时报告重大情况变动，对资助课题发表的文章、出版的书籍等成果按规定进行标注。

课题负责人签字：

年 月 日

科研管理部门意见：

负责人签字：

年 月 日

承担单位意见：

法定代表人或委托代理人（签字）：

承担单位公章

年 月 日

主管单位意见：

法定代表人或委托代理人（签字）：

国家卫生健康委妇幼健康中心（公章）

年 月 日