2025年江苏省研究生“医防融合，卫护健康”

科研创新实践大赛项目申报表

（疫苗研发项目）

|  |  |
| --- | --- |
| 推荐学校： |  |
| 项目名称： |  |
| 所属一级学科： |  |
| 项目负责人： |  |
| 联系电话： |  |
| 指导教师： |  |
| 联系电话： |  |
| 申报日期： |  |

大赛组委会 制

二○二五年十月

填表说明

一、申报表要按照要求逐项认真填写，填写内容必须实事求是，表述准确严谨。空缺项要填“无”。

二、**不得使用已获奖的作品或内容。**

三、申报项目涉及交叉学科时，请填写最主要的两个一级学科名称。

四、请按照字数限制要求进行填写。

五、格式要求：表格中的字体采用小四号宋体，单倍行距；需签字部分由相关人员以黑色钢笔或签字笔签名。

六、表格栏高不够可增加。

七、填报者须注意页面的排版。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | | |  | | | | | | | | | |
| **一级学科（一）** | | | |  | | | **一级学科（二）** | |  | | | | |
| **类型** | | | | □自由选题类： □技术突破 □转化应用  □揭榜挂帅类： □技术突破 □转化应用 | | | | | | | | | |
| **如为“揭榜挂帅”请选择一项** | | | | □抗原的靶向递送增强疫苗的免疫应答  □开发可用的CMV疫苗临床前评价的动物模型  □利用纳米颗粒载体技术开发创新疫苗  □利用AI人工智能研发疫苗 | | | | | | | | | |
| **项目实施时间** | | | | 起始时间： 年 月；完成时间： 年 月 | | | | | | | | | |
| **负责人及团队成员** | 姓名 | | | | 学号 | 所在院系 | | 专业 | 联系方式 | | | 工作分工 | |
|  | | | |  |  | |  |  | | |  | |
|  | | | |  |  | |  |  | | |  | |
|  | | | |  |  | |  |  | | |  | |
|  | | | |  |  | |  |  | | |  | |
|  | | | |  |  | |  |  | | |  | |
| **指导**  **教师**  **（一）** | 姓名 | |  | | | 部门 |  | | | | 职称 | |  |
| 研究方向 | | | |  | | | 联系方式 | |  | | | |
| **指导**  **老师**  **（二）** | 姓名 |  | | | | 部门 |  | | | | 职称 | |  |
| 研究方向 | | | |  | | | 联系方式 | |  | | | |
| **项目**  **简介** | （限200字） | | | | | | | | | | | | |
| **一、申请理由**（以疫苗创新研发为目标，体现医防协同、医防融合，简述本项目的创新性及研究意义，转化应用类应体现产品、技术、方案或标准的应用价值（限500字） | | | | | | | | | | | | | |
| **二、项目方案**（限2000字）  1．项目背景国内外研究现状、意义、发展动态分析，与本项目有关的研究积累和已取得的成绩，具备的条件及方法，参考文献等）  2．研究目标及主要内容  3．研究技术路线（关键技术）  4．现有工作条件及基础  5．项目成员分工  6．推广应用情况、市场竞争力分析（转化应用型填写） | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **项目创新性及推广应用价值**（限300字） | | | | | | | | | | | | | |
| **四、项目可行性分析**（限500字） | | | | | | | | | | | | | |
| **五、预期结果/社会经济效益**（限500字） | | | | | | | | | | | | | |
| **六、项目负责人承诺**  负责人承诺上述填报内容真实，均为申报人填写，未涉及任何已立项项目、已获奖项目等，如本项目涉及抄袭、借用、重复使用等行为，均由项目负责人承担一切后果。  参赛成员签名： | | | | | | | | | | | | | |
| **七、指导老师推荐意见**  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **八、院系推荐意见**  院系负责人签名： 学院盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **九、学校推荐意见：**  学校公章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |