

附件 3

朝阳区数字医疗概念验证计划

项目申报书

项目名称： _____

专科方向： _____

牵头医院： _____

医学 **PI**： _____

牵头高校院所： _____

高校院所 **PI**： _____

牵头企业： _____

企业 **PI**： _____

项目负责人（医学 **PI**/高校院所 **PI**/企业 **PI**）： _____

联系电话： _____

联系邮箱： _____

申请日期： _____

北京市朝阳区数字医疗概念验证中心
(2025年11月)

一、基本信息：

项目信息	题目							
	学科1					学科2		
	申请经费	(万元)				匹配经费	(万元)	
	起止时间							
医学PI	姓名		性别		出生年月		民族	
	所在单位					所在科室		
	学位		职称			科室职务		
	身份证号					主要研究领域		
	手机号码				电子邮箱			
高校院所PI	姓名				出生年月			
	所在单位				单位职务			
	学位				毕业院校			
	手机号码				电子邮箱			
企业PI	姓名				出生年月			
	所在单位				单位职务			
	学位				毕业院校			
	手机号码				电子邮箱			
项目摘要(1000-2000字):								

二、项目团队研究经历和工作基础

(包括项目 PI 介绍及其与本项目相关获批科研课题、授权知识产权、发表论文和成果转化情况)

三、立题依据

（包括临床需求痛点、国内外研究现状、存在问题及拟解决的关键问题等，附主要参考文献目录）

四、研究目标与研究内容及方案

(包括研究对象、研究方法、技术路线、统计方法等)

五、技术创新性与先进性

（包括国内外技术现状、核心壁垒、成本测算与市场竞争力、技术稳定性与可持续性等）

六、可行性分析

（包括对团队优势、工作基础、技术壁垒、临床资源、成果产出、政策法规等方面进行分析）

七、商业模式与市场前景

（包括应用场景、市场规模、盈利模式、收费标准、竞品分析及商业闭环能力评价等）

八、研究进度与考核指标

时间（每 6 个月一阶段）	研究内容	考核指标

九、项目预期产出

（包括临床评价、论文专著、标准规范、发明专利、产品注册、商业闭环验证、经济效益预测等）

十、经费预算 （金额单位：万元）

科 目	经费	备注（计算依据和说明）
1、科研业务费		
论文专著发表费		
知识产权服务费		
2、临床验证费		
临床病例观察费		
临床测试分析费		
3、产品注册费		
质量检测服务费		
产品注册服务费		
4、商业验证费		
应用场景服务费		
模式验证服务费		
5、技术培训费		
项目成员培训费		
应用推广会议费		
6、人员劳务费		
项目成员劳务费		
专家咨询论证费		
7、项目管理费（10%）		
8、其它		
合 计		其中申请项目资助：
		自筹匹配资金（1:2 以上）：

十一、申报人承诺：

申报人承诺

我保证申报书内容的真实性。如果获得资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守国家、地方和医院的有关规定，按照本申报书所述，切实保证研究工作时间，认真开展工作，按时报送有关材料。

我保证项目团队核心成员对项目关键技术具备掌控权，且具有承担此项目前期工作基础与推动项目实施的能力，并能保障投入此项目的工作时间。项目全体成员均具有良好的职业道德与学术道德，对申报内容的合法合规性与真实性负责，所申报项目符合国家法律法规及政策，且不侵犯他人知识产权与其他相关合法权益。

以上，若填报失实和违反规定，本人将承担全部责任。

项目负责人签字：

日期：