**上海交大医学院2015年度**

**人文社会科学创新研究培育基金申报通知**

各有关院、部（处）：

为做好2015年上海交大医学院人文社会科学创新研究培育基金(以下简称培育基金)的申报工作，现将有关具体要求通知如下：

1、培育基金资助的对象为院本部以及附属医院从事人文社会科学（包括管理）研究的在职人员。项目申报的负责人原则上需有中级以上职称，优先资助具有硕士以上学位的优秀青年骨干。

2、培育基金资助的科研项目应当是研究方向明确、构思新颖、方法及技术路线可行。优先支持起点高、意义较大、特色与优势明显并创新性强、通过培育可望申报国家、省市级社科基金；以发表高水平的学术论文、力争获得各类科研成果为目标的课题。

3、培育基金研究内容应围绕医学院“十三五”内涵建设和发展目标、转化医学协同创新机制研究、医学院校学科与人才队伍建设评估指标体系及相关的体制、机制研究与探索；以问题研究为导向，深化公立医院医疗卫生体制改革，进一步推进医院改革发展；以建立健全多层次养老模式和服务机制为重点的上海完善养老模式和服务机制研究；鼓励哲学社会科学各学科交叉融合，鼓励哲学社会科学与自然科学相互渗透，研究我国尤其是上海改革开放和社会主义现代化建设中全局性、战略性和前瞻性的促进公共卫生事业发展的重大课题。

4、本年度申报的项目不设指南，可以围绕上述要求自由选题，研究周期不超过2年。但已获得批准被列入其他研究计划的各类项目，不得重复申报。其中，各级管理人员申报的课题，必须是与从事本管理工作相关的研究。由于院内教育、护理及党建研究另设专项基金，本基金不受理其相关领域研究的课题。

5、本基金资助的在研（或已到期）尚未结题的项目主持人，不可申报。由于文科预算经费有限，为此，实行单位限额申报，申报名额分配另行通知。

6、为提升培育基金项目的质量，申报的课题由医学院组织专家评审遴选，实行公开、公正择优立项。经评审批准立项的课题经费，属原医学院系统的附属医院项目，由医学院资助50%的课题经费，医院配套50%；院本部的课题经费全额下达并按学校财务预算零余额要求执行；其他医院申报的课题经费自筹。

7、项目申报书请于6月15日前一式3份上报医学院科技处，并将电子版发至邮箱：liying\_qian1983@126.com 逾期不再受理。

联系人：钱莉莹 张廷翔 电话： 63846590-776160 776251

附：人文社会科学培育项目申请书

上海交大医学院科技处

2015.5.25

**项目编号：**

**上海交通大学医学院**

**人文社会科学创新研究培育项目申请书**

**项目名称：**

**学科分类：**

**项目负责人：**

**所在单位：**

**研究日期：**  年 月至 年 月

**申请日期：**

**上海交通大学医学院科技发展处**

**2015年**

1. **简表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **课题负责人及其他人员情况** | | | | | |
| 姓 名 | 年 龄 | 职称/职务 | 学 历 | 研究专长 | 分 工 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 研究类别 | □基础研究 □应用研究 | | 项目性质 | □ 重点 □一般 | |
| **主要研究内容及意义：** | | | | | |

**二、**立项依据

|  |
| --- |
| **国内外同类研究现状比较，主要参考文献（根据需要可加页）：** |

**三、研究方案**

|  |
| --- |
| **研究目标和内容，拟解决的关键问题：** |
| **拟采取的研究方法和可行性分析**： |
| **本项目特色或创新之处：** |
| **计划进度：** |

**四、研究基础及预期成果**

|  |
| --- |
| **与本项目研究有关的工作基础或已取得的成绩：** |
| **最终研究成果形式及考核目标：** |

**五、经费预算与评审意见**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 经  费  预  算  （元） | 科研业务费 |  | 图书资料费 |  |
| 专家咨询费 |  | 论文发表费 |  |
| 会 议 费 |  | 其他（说明） |  |
| 合 计 |  | | |
| **所在单位意见：**  （签章） 年 月 日 | | | | |
| **专家（组）评审意见：**  （签章） 年 月 日 | | | | |
| **医学院管理部门意见：**  （签章） 年 月 日 | | | | |