

无锡市卫生健康委员会文件

锡卫妇幼〔2019〕22号

关于组织申报 2019 年度无锡市妇幼健康 科研和适宜技术推广项目的通知

各市（县）区卫生健康委、新吴区民政和卫健局、无锡经开区社事局，各有关单位：

为提高我市妇幼健康科研能力和水平、推动适宜技术的推广应用转化，提升我市妇幼健康服务能力，经研究，决定开展 2019 年度妇幼健康科研项目和适宜技术推广项目申报工作，有关事项通知如下：

一、申报范围

2019 年度妇幼健康科研项目和适宜技术推广项目的申报范

围主要包括：妇女保健、儿童保健、妇产医学、新生儿医学、遗传医学、生殖医学、计划生育、乳腺病和宫颈病防治、妇幼健康信息化、妇幼健康管理等方面。

二、申报对象要求

（一）妇幼健康科研项目

本年度市卫生健康委计划设立妇幼健康科研项目 5—8 项，每项资助 3 万元。研究期限一般不超过 3 年。申报条件如下：

1. 项目申请者应为 55 周岁以下、中级职称以上的单位在职人员，具有硕士及以上学位者放宽至初级职称 3 年以上者。

2. 同一申请人在同一年度内只能申报 1 个项目。原市级在研未结题科研项目的负责人，或已获得市级以上科技、卫生健康行政部门立项资助的相同项目（研究内容和技术路径相同，申报项目名称不同）不能申报。

3. 市级妇幼健康服务机构和儿童医院每单位不超过 4 项，三级综合医院每单位不超过 3 项，其他单位不超过 2 项。

4. 申报单位对立项项目应按不低于 1:1 的比例匹配资金，并保证必要的技术支撑、后勤保障和科研活动条件。

5. 申报材料必须真实、准确、完整，如发现弄虚作假现象，两年内不再受理该单位的项目申报。

（二）妇幼健康适宜技术推广项目

本年度市卫生健康委计划设立妇幼健康适宜技术推广项目 5—8 项，每项资助 2 万元，项目推广时间最长不超过 2 年。申

报条件如下：

1. 申报项目优先选用近三年获市级以上（含市级，下同）科技进步奖、医学科技奖、新技术引进奖的科技创新成果和先进适宜技术。包括妇幼健康领域的新技术、新方法、新模式等。

2. 技术先进、成熟、适用，已在本单位常规应用，证明具有良好社会、经济和生态效益，具有推广应用可行性，对我市妇幼健康技术进步有导向和促进作用。

3. 技术成果的权属、技术原理、医学伦理无争议，符合相关法律、法规规定。

4. 申报单位具有较高的科技管理水平和较强的技术力量，原则上需具备二级及以上医疗机构和县区级以上公共卫生机构资质。

5. 项目负责人须是在本市医疗卫生机构依法执业的、具备高年资主治以上技术职称的在岗卫生技术人员。

6. 三级医疗机构和市级公共卫生机构每个单位限额申报 3 项，其他机构限额申报 2 项。

7. 申报项目需在推广期限内确保至少 10 家以上医疗卫生机构并有不少于 30 名卫生技术人员熟练掌握，并能独立、常规开展该项技术半年以上。

三、申报材料要求

（一）申报书

《无锡市妇幼健康科研项目申报书》、《无锡市妇幼健康适宜

技术推广项目申报书》请在邮箱（wxfyjky@163.com，登陆密码：81823296）中下载。

（二）证明材料

1. 妇幼健康科研项目：《科技查新报告》、合作单位协议书、科技成果奖励证明、已发表的论文等。

2. 妇幼健康适宜技术推广项目：科研项目验收证书、科技成果鉴定证书，或其它相应的评价材料(如科技进步奖证书、医学新技术引进奖证书、专利证书及其他法定专门机构出具的审查报告或证明、测试分析报告等)、本单位及已实施单位出具的应用情况报告、接受技术推广单位意向书。

（三）所有材料 A4 纸打印装订，一式 3 份，按规定签名、加盖公章，装入档案袋。

四、组织申报事项

获得市级立项的科研项目不能再申报省级妇幼健康科研项目。请各地各单位做好妇幼健康科研项目和适宜技术推广项目组织、遴选工作。请各地以市（县）区为单位统一将所辖单位申报书材料和项目申报登记表（附件 1、附件 2）于 2019 年 8 月 15 日前报市卫生健康委，直属医疗卫生单位于 2019 年 8 月 15 日前直接报市卫生健康委。同时上报项目申报书与项目申报登记表电子文档。

联系人：无锡市卫生健康委妇幼处 曾永红，电话：81823296，邮箱：wxfyjk@163.com。

- 附件：1. 无锡市妇幼健康科研项目申报登记表
2. 无锡市妇幼健康适宜技术推广项目申报登记表

无锡市卫生健康委员会

2019年6月19日

(信息公开形式：依申请公开)

附件 1

无锡市妇幼健康科研项目申报登记表

推荐单位（盖章）：

序号	项目名称	申报单位	项目负责人	申报学科

填报人：

联系电话：

电子邮箱：

填报日期： 年 月 日

附件 2

无锡市妇幼健康适宜技术推广项目申报登记表

填报单位：

序号	项目名称	申报单位	项目负责人	联系电话

备注：此表由申报单位上级主管部门汇总后报市卫生健康委，并提交电子文档。

填报人： 联系电话： 电子邮箱： 填报日期： 年 月 日

