



# 中国抗癫痫协会

CHINA ASSOCIATION AGAINST EPILEPSY

## 关于申报 2018-2019 年度 “CAAE 癫痫科研基金—UCB 基金”的通知

各相关专业人员：

2018-2019 年度“CAAE 癫痫科研基金—UCB 基金”的申报工作已经开始，现将相关事宜通知如下：

### 一、项目目标

对国内医疗机构癫痫研究项目提供部分资助，侧重于基层医疗单位和青年专业人员，提升中国癫痫基础研究和临床诊治水平。

### 二、项目执行时间： 2018-2019 年

### 三、本年度基金总金额： 50 万元人民币

### 四、基金申请人员资格

1. 热心抗癫痫事业，具有良好的医德医风；2. 中国抗癫痫协会会员；3. 申请人原则上年龄在 45 周岁以下；4. 从事癫痫相关研究，具有相应的研究条件和基础；5. 申请者必须是在职人员，是该项目的主要实施者；6. 之前未获得过本基金的资助。

### 五、基金申报流程

1. 申请者于 2018 年 12 月 30 日前向协会秘书处提出申请。
2. 申请者须提交材料：（1）书面申请书两份及电子版；（2）协会理事的推荐函。
3. 申请者和推荐的理事须对申请书的真实性负责。

## 六、评审及资助

1. 2019年1月份协会秘书处组织专家组进行评审，确定资助项目，在协会网站公布。
2. 评审实行回避制度（项目涉及到的专家不得参加评审）。
3. 项目优先考虑边远地区和基层的专业人员。该基金前期支持过的人员和项目，本次不再支持。
4. 资助项目数量为10项左右，根据收到申请书的情况最后确定，资助金额原则上每项最多不超过10万元。
5. 获得资助的研究者在项目启动时获得50%的经费，项目实施中期提供中期报告后获得40%资金，在规定的时间内完成研究、提交成果、经评审组评审确认后，获得另外10%的经费。

## 七、关于基金的使用和审计

1. 资助的经费分批次打入项目申请者单位的账户。各单位收到经费后需提供国家规定的正规票据。
2. 本基金必须按照项目书的相应内容专款专用。
3. 从本年度开始，协会将对基金的使用情况进行抽查审计。

## 八、联系方式

北京市西城区西直门外大街135号北展宾馆二号楼5102室

E-mail: caae2008@sina.com      咨询电话: 010-65250423



中国抗癫痫协会癫痫科研基金  
—UCB 基金项目

申 请 书

项目名称 \_\_\_\_\_  
项目编号 \_\_\_\_\_  
申 请 者 \_\_\_\_\_  
承担单位 \_\_\_\_\_  
起止年月 \_\_\_\_\_  
申请日期 \_\_\_\_\_

中国抗癫痫协会秘书处制  
2007 年 2 月制

## 中国抗癫痫协会癫痫科研基金—UCB 基金项目申请书 简 表

<b>研 究 项 目</b>	项目名称					
	研究类型	A 基础研究    B 应用研究    C 开发研究    D 其他				
	起止年月					
	申请金额	万元		自筹金额	万元	
<b>申 请 人</b>	姓 名		性 别		出生年月	
	职 称		学 历		专 业	
	单 位					
	手 机			电 话		
	E-mail			传 真		
<p>主要研究内容及意义（摘要）</p> <p style="text-align: right;">（200 字以内）</p>						
<p>预期成果及提交成果的形式、考核指标</p> <p style="text-align: right;">（150 字以内）</p>						

## 一、立论依据

(包括项目的研究意义、国内外研究现状、水平和发展趋势, 并附主要参考文献及出处)

## 二、研究方案

### 1. 研究目标、研究内容和拟解决的关键问题

## 2. 拟采取的研究方法、技术路线、实验方案及可行性分析

### **3. 本项目的创新之处**

### **4.计划进度**



### **三、研究条件和环境保障**

**1. 与本项目相关的现有工作积累和工作基础**

**2. 已具备的实验条件，尚缺少的实验条件和拟解决的途径**

## **四、预期研究成果**

### **1. 预期研究成果、考核指标及提供成果的形式**

### **2. 项目完成后的经济、社会效益和理论意义**

## 五、申请者研究经历

申请者的学历和研究工作经历，

近三年主要研究工作、受资助情况、主要论著及科研成果名称、获奖情况





## 八、申请者所在单位意见

申请者所在单位对申请书的真实性、申请人承担课题的能力及本单位能否提供基本条件等签署具体意见：

单位负责人（签章）

单位（公章）

年 月 日

## 九、协会理事推荐意见

协会理事（签字）

年 月 日

**十、癫痫科研基金评审组意见及经费安排**

<b>负责人 (签字)</b>	<b>协会 (公章)</b>	<b>年 月 日</b>
-----------------	----------------	--------------