**附件**

**吉林省卫生健康委**

**省级药品临床综合评价主题申报书**

主题名称 申报单位 申报人

联系电话

**吉** **林** **省** **卫** **生** **健** **康** **委** **制**

**2025年4月**

|  |
| --- |
| **一、主题基本情况** |
| 主题名称 |  |
| 涉及疾病信息(ICD编码) |  |
| 涉及药品信息(儿童药品、抗肿瘤 药品、心血管病药品、罕见病用药、 特殊剂型药品或其他) |  |
| 涉及药品属性(基本药物、集采药 物、创新药或其他) |  |
| **二、申报单位情况** |
| 申报单位名称 |  |
| 申报单位联系人 |  |
| 办公电话和传真 |  |
| 申报单位意见：(包括对主题申报书的真实性、申报人基本情况和资质等 的审核意见)(单位公章)年 月 日 |
| **三、申报人信息** |
| 姓名： | 年龄： | 手机： | E-mai1: |
| 职务职称： | 现从事专业： |

|  |
| --- |
| 相关方面主要研究成果(1-2项): |
| **四、主题背景和研究目标** |
|  |
| **五、评价内容和研究方法** |
|  |
| **六、预期成果** |
|  |
| 有关说明： |