附件

“兴辽英才计划”医学名家项目

任务合同书

（ 试 行 ）

**项目名称：医学名家**

**子项目名称：**

**项目编号：**

**平台部门（甲方）：辽宁省卫生健康委员会**

**推荐单位（乙方）：**

**实施单位（丙方）：**

**合同起止时间：****2023年10月至2026****年9月**

**辽宁省委人才工作领导小组办公室印制**

填 写 说 明

一、本合同书专门用于辽宁省“兴辽英才计划”医学名家项目全过程管理，是合同各方实施项目、监督检查、考核评价必须共同遵循的重要依据。

二、合同甲方为平台部门（辽宁省卫生健康委）；乙方为推荐单位（XX市卫生健康委/省属医疗卫生机构名称）；丙方为实施单位（医学名家所在单位名称）及医学名家本人。

三、项目名称、项目编号由甲方统一给定。

四、丙方按要求在线填报合同书，并按乙方、甲方审核修改意见进行修改。合同内容表述应真实、简明，涉及到外文名称，请写清全称和缩写字母。

五、成约后，丙方负责打印生成纸质合同文本（A4大小，一式5份）；三方签字并加盖公章即生效。

六、凡不填内容的栏目，均用“无”表示。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、医学名家本人、项目实施单位、合作单位及项目组成员信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.医学名家本人信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | | |  | | 性别 | | |  | | 出生年月 | | | | | |  | | | |
| 政治面貌  （国籍） | | | |  | | 民族 | | |  | | 籍贯 | | | | | |  | | | |
| 职称资格专业及级别 | | | |  | | 职务 | | |  | | 身份证号  （护照号） | | | | | |  | | | |
| 学历学位 | | | |  | | | | | 毕业院校 | |  | | | | | | | | | |
| 专业领域 | | | |  | | | | | 研究方向 | |  | | | | | | | | | |
| 手机 | | | |  | | | | | 电子邮箱 | |  | | | | | | | | | |
| 获省级以上人才称号及年份 | | | |  | | | | | | | 是否为博（硕）士研究生导师 | | | | | |  | | | |
| **2.项目实施单位信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | | | | | | | | |
| 电话 | |  | | | | | 手机 | | | |  | | | | | | | | | |
| **3.合作单位信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | | | | | | | | |
| 电话 | |  | | | | | 手机 | | | |  | | | | | | | | | |
| **4.项目组成员信息**（不超过15人，杰出和领军医学名家团队一般应包含40岁以下正高、35岁以下副高级职称人才，青年医学名家团队一般应包含35岁以下副高职称人才） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | 性别 | | | 出生年月 | | 学位 | | | | 职称 | | | 单位名称 | | | | | | 分工 |
|  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  |
| **5.主要学习经历**（从大学起，含国内外进修情况） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 起止时间 | | | | | | | 院校（系）名称 | | | | | | | 专业 | | | 学历/学位 | | |
| 1 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| 2 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| 3 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| 4 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| 5 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| **6.主要工作经历**（含国外研究工作经历） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 起止时间 | | | | | | | 单位名称 | | 所在科室 | | | 从事专业 | | | 职务 | | | 职称资格专业及级别 | |
| 1 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 2 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 3 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 4 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 5 | 年 月—— 年 月 | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 二、培养目标与内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.专业能力和地位  2.人才培养和梯队建设  3.技术创新  4.成果转化与辐射发展  5.科学研究及贡献  6.其他个性化目标 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三、取得的阶段性预期成果〔预期的经济社会效益，特别是成果应用（转化）推动辽宁振兴发展的作用及前景〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第一年（2023年10月至2024年9月）：围绕6方面，具体列明年度阶段性预期成果  1.专业能力和地位  2.人才培养和梯队建设  3.技术创新  4.成果转化与辐射发展  5.科学研究及贡献  6.其他个性化目标  第二年（2024年10月至2025年9月）：围绕6方面，具体列明年度阶段性预期成果  第三年（2025年10月至2026年9月）围绕6方面，具体列明终期成果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四、考核指标（包括培养期内，新开展的医疗技术、新培养的高层次人才、新承担科研任务、获得科研学术奖励、获得授权专利、重要国际学术会议报告、发表论文著作、到国内外顶尖机构进修深造及其他等9类指标，请至少选取5类指标且各确定1-3个可量化指标成效） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.培养期内新开展的医疗技术  2.培养期内医学名家团队新产生高层次人才  3.培养期内新承担科研任务  4.培养期内获得科研学术奖励  5.培养期内获得授权专利  6.培养期内重要国际学术会议报告  7.培养期内发表论文著作  8.培养期内到国内外顶尖机构进修深造  9.培养期内其他重要指标 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五、支持措施（所在科室、单位、主管部门给予医学名家人才的支持，包括政策、场地、设备、人员、项目、经费等方面） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.所在科室支持措施  2.所在单位支持措施  3.主管部门支持措施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 六、经费支出预算 单位：万元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **预算科目名称** | | | | | | | | | | | | | | **金额** | | | | | | |
| 资助总经费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| （一）项目费用 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 1.设备费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 2.材料费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 3差旅费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 4会议费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 5.国际合作与交流费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 6.出版/文献/信息传播/知识产权事务费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 7.劳务费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 8.专家咨询费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 9.进修培训费 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 10.其他支出（请具体列明） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| （二）个人奖励资金 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 七、合同条款 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **签订合同各方须遵守《辽宁省“兴辽英才计划”管理办法》《辽宁省“兴辽英才计划”项目管理办法》和《辽宁省人才专项资金管理办法》。**  1.项目实施过程中，丙方如需调整项目合同中相关内容，应根据有关规定，向乙方和甲方提出变更内容及理由的申请报告，经乙方审核后报甲方审定，甲方报省人才工作领导小组办公室备案后实施。  2.丙方因某种原因使项目无法执行，须中止项目合同，应提出中止项目合同的书面申请，经乙方审核并签署意见后，报甲方审定，甲方报省人才工作领导小组办公室备案。  3.乙、丙方应按项目合同落实承诺的项目实施保障条件，并以项目为核算对象进行单独核算，按有关经费使用要求，专款专用。  4.乙方可根据有关经费使用要求，监督项目经费使用情况。凡不符合规定的开支，甲方可提出调整意见，报省人才工作领导小组办公室备案。必要时，甲方可直接向省人才工作领导小组办公室提出调整或撤销意见。  5.丙方如无正当理由不履行项目合同，或非不可抗拒因素使项目合同无法执行时，甲方有权中止项目并报省人才工作领导小组审核。  6.项目实施形成的科技成果及知识产权，除涉及国家安全和重大社会公共利益外，原则上属丙方所有。发表相关论文、著作或成果时，应注明受辽宁省“兴辽英才计划”医学名家项目资助。  7.本合同未尽事宜，参照辽宁省“兴辽英才计划”相关规定执行。  8.本合同一式5份，甲方2份，乙方1份，丙方2份。甲、乙、丙各方对项目合同及其他技术资料负有保密责任。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 八、违约及退出管理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **签订合同各方须遵守《辽宁省“兴辽英才计划”管理办法》《辽宁省“兴辽英才计划”项目管理办法》和《辽宁省人才专项资金管理办法》。**医学名家有以下情形之一的，终止合同，退回资助经费：  1. 合同期内工作调离辽宁的。  2. 存在弄虚作假、违反学术道德等科研诚信问题的。  3. 存在违法违纪行为或其他不适合继续资助行为的。  对存在2、3项问题的医学名家，今后不得参评“兴辽英才计划”。所在单位及举荐单位承担相关责任，五年内不得申报省级人才计划及科研项目。对失信违规的个人及单位，构成违法犯罪的，按照有关规定追究相关责任人和单位的责任，并依法追究刑事责任。  医学名家本人签字： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 九、合同各方签约（包括签署意见，签字，盖公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **甲**  **方** | | | **单位名称** | |  | | | | | | | **（加盖公章）**  **代表人签字：**  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| **代 表 人**  **（签章）** | |  | | | | | | |
| **负责处室及**  **联系人** | |  | | | | | | |
| **联系电话** | |  | | | | | | |
| **乙**  **方** | | | **单位名称** | |  | | | | | | | **（加盖公章）**  **法定代表人签字：**  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| **法定代表人** | |  | | | | | | |
| **管理部门及**  **联系人** | |  | | | | | | |
| **联系电话** | |  | | | | | | |
| **丙**  **方** | | | **单位名称** | |  | | | | | | | **（加盖公章）**  **法定代表人签字：**  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| **法定代表人** | |  | | | | | | |
| **医学名家本人** | |  | | | | | | |
| **管理部门及**  **联系人** | |  | | | | | | |
| **联系电话** | |  | | | | | | |