附件1

2023年杭州市生物医药产业高质量发展

专项资金申请表

（鼓励开展药物临床试验服务项目）

申报单位（公章）： 时间： 年 月 日 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、申报单位基本情况 | | | | | |
| 申报单位名称 |  | | 统一社会信用代码 | |  |
| 办公地址 |  | | 税务属地（区县市） | |  |
| 法定代表人 |  | | 法定代表人电话 | |  |
| 项目联系人 |  | | 项目联系人电话 | |  |
| 二、申报单位主要经济指标 | | | | | |
| 年份 | 营业收入 | | 利润 | | 税收 |
| 2020年 |  | |  | |  |
| 2021年 |  | |  | |  |
| 2022年 |  | |  | |  |
| 三、项目基本情况 | | | | | |
| 项目名称 |  | | | | |
| 申报项目主体类型 | □牵头单位 □参与单位 | | | | |
| 临床试验项目个数 |  | | 临床试验机构备案号 | |  |
| 序 号 | 临床试验服务项目名称 | 服务我市企业名称 | | 项目结题报告时间 | 临床试验服务金额 |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| …………… |  |  | |  |  |
| 项目获得政府  资金补助情况 | （该项目曾获得国家、省、市、区各级政府部门资金补助情况） | | | | |