附件2：

江苏省血液净化护理成果征集活动申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报单位 | |  | | | | | | | 联系人 | | |  | | | 联系手机 | | | | |  | |
| 分类 | | □已实现成果转化的项目：成果转化时间 年 月，转让企业  □已获专利授权尚未市场转化的项目：授权时间 年 月，专利号  □正在申报专利过程中的项目： 年 月，申请号  □尚未申请专利的项目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 临床应用  效果评价  （400字以内） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 创新性  评价  （400字以内） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 转化推广  情况介绍  （400字以内） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第一发明人信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 出生年月 | | |  | | 职务 | |  | | | | 职称 | | |  |
| 最高学历 | |  | | | | 学位 |  | | | | | 专业 | |  | | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | 手机号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | 邮编 | | | |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | | | 邮编 | | | |  | | | | |
| 其他参与完成人信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | 出生年月 | | 学位 | | | 职称 | | | 工作单位 | | | | | 职务 | | | 备注 | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |

备注：1.申报表请正反打印

2.请同时将证书等佐证资料一同报送