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