

南京医科大学附属逸夫医院专利申请登记表 (科室: _____)

发明创造名称				申请类别	<input type="checkbox"/> 发明 <input type="checkbox"/> 实用新型 <input type="checkbox"/> PCT <input type="checkbox"/> 外观 <input type="checkbox"/> 软件著作权
研发资金来源	<input type="checkbox"/> 纵向 <input type="checkbox"/> 横向 <input type="checkbox"/> 其他		研发资金投入	_____ 万元	
研发人员投入			研发周期	_____ 年 月 ~ _____ 年 月	
成果公开情况	<input type="checkbox"/> 未发表论文 <input type="checkbox"/> 已提交未接收 <input type="checkbox"/> 已提交且已接收 <input type="checkbox"/> 已发表 <input type="checkbox"/> 其他公开情况				
申请人	南京医科大学附属逸夫医院		统一社会信用代码	12320000MB0489694B	
共同申请人	(如有请附联合研发协议)				
联系人	姓名		联系电话		邮箱
申请理由	(阐述本发明创造的技术创新点、应用及转化前景、可另附技术交底书) 自我评价意见：拟申请专利技术： <input type="checkbox"/> 具有创新性 <input type="checkbox"/> 无创新性 <input type="checkbox"/> 具有转化前景 <input type="checkbox"/> 无转化前景 (其他需要)				
发明人意见 (承诺提供的专利申请来源于真实的科学研究, 不存在抄袭、编造的行为, 内容无隐瞒、发明人无异议)	姓名	工号	职称	所属单位	签字
所在科室意见	经审核, 专利申请来源于真实的科学研究, 不存在抄袭、编造的行为, 内容无隐瞒、发明人无异议, 同意专利申请。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <div style="text-align: right;"> 签 字 (科主任): _____ 年 月 日 </div>				
科技管理办公室意见	经审核, 同意专利申请: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <div style="text-align: right;"> 签 字: _____ 盖 章: _____ 年 月 日 </div>				
分管院领导意见	经审核, 同意专利申请: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <div style="text-align: right;"> 签 字: _____ 年 月 日 </div>				