附件2

**医学人工智能典型案例申报表**

|  |  |
| --- | --- |
| 案例名称 |  |
| 申报单位 |  （加盖单位公章） |
| 参与单位 |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 职务/职称 |  |
| 传真 |  | 电话/手机 |  |
| 分类 | □ 临床诊疗决策 □ 医院运营管理 □ 医院患者服务 □ 基层医疗服务□ 公共卫生服务 □ 区域卫生发展□ 健康产业发展 □ 其他（单项选择） |
| 案例内容 | 另附材料（格式要求与内容模版见附件3） |
| 应用场景 | （200字以内） |
| 真实性承诺 | 我单位申报的所有材料，均真实、完整，如有不实，愿承担相应的责任。 负责人签字（章）： 年 月 日 |
| 关键词 | 最多不超5个关键词 |