附件

**医学人工智能应用成果展申报表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗卫生  机构名称 | （加盖单位公章） | | | |
| 联合申报单位 |  | | | |
| 技术产品名称 |  | | | |
| 应用领域 |  | | | |
| 是否参加医学人工智能创新与实践案例”征集活动： | | | | |
| 是否具有自主知识产权： | | | | |
| 是否有意报名参加科技成果转化路演： | | | | |
| 联系人 | 姓名 |  | 职务/职称 |  |
| 微信号 |  | 移动电话 |  |
| 应用场景 | （300字以内） | | | |
| 真实性承诺 | 以上信息，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 | | | |