成都市锦江区

优秀医学创新标兵、创新项目申报表

成果名称：

成果形式：

申报人姓名：

              二O一九年七月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **成果名称** |  | | | | | **所在单位** |  | |
| **成果类别** |  | | | **所属领域** |  | | **联系方式** |  |
| **申报人姓名** |  | | | **职务** |  | | **出生年月** |  |
| **是否申请专利/版权** | | **□是     □否** | | |  | | **有无公开发表** | **□是  □否** |
| **成果内容摘要(含目的、主要观点及创新点）**  **（限400字）** |  | | | | | | | |
| **效益分析（社会、经济效益）（限200字）** |  | | | | | | | |
| **曾发表在哪些期刊/杂志？** | （示例：时间+期刊名） | | | | | | | |
| **曾获得哪些奖励或资助？** | （示例：时间+获奖情况） | | | | | | | |
| **评**  **审**  **意**  **见** | **单位**  **推荐意见** | | **（公章）         年    月    日** | | | | | |
| **资格审查**  **意见** | | **（公章）         年    月    日** | | | | | |
| **专家组**  **汇总意见** | | **专家组长签字 ：           年    月    日** | | | | | |

**填表说明：**

请将此表一式五份双面打印并加盖单位公章。内容请使用 **方正仿宋简体 四号**字体填写。请勿随意改动表格，如有增加，请以附件形式补充。

**成果类别**：医疗技术类 管理创新类等。

**所属领域**：内科、外科、儿科、公卫、妇科、人力资源等领域。

**成果形式：**论文、著作、研究报告、专利技术、产品等形式。

信息公开类别：依申请公开

IMG_256

成都市锦江区卫生健康局办公室           2019年7月  日印发

IMG_257