

附件 2

第四届湖南省医学技能创新创业大赛

项目申报书

参赛单位：

参赛组别： ☐ 医疗机构组； ☐ 本科院校组 ☐ 职教组；

项目名称：

项目类别： ☐ 创意类（B） ☐ 创业类（S）

项目领域： ☐ 医疗药物（1） ☐ 医疗器械（2） ☐ 服务模式（3）

项目负责人：

指导老师：

联系人：

联系电话：

2022 年 月

项目信息表

项目中文名称							
专利名称/专利号							
项目注册证		(创业类项目填写)					
合作 单位	序号	单位名称、联系人、联系方式					
	1						
	2						
项目 负责人	姓 名		性别	☐ 男 ☐ 女	出生年月	年 月	
	学 历			职称			
	科室/院系			职务			
	联系电话			E-mail			
指导 老师	姓 名		性别	☐ 男 ☐ 女	出生年月	年 月	
	学 历			职称			
	科室/院系			职务			
	联系电话			E-mail			
指导 老师	姓 名		性别	☐ 男 ☐ 女	出生年月	年 月	
	学 历			职称			
	科室/院系			职务			
	联系电话			E-mail			

