附件：大赛报名表

第六届全国智慧医疗创新大赛报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | |  | | | | | |
| **参赛主体单位** | | |  | | | | | |
| **机构代码** | | |  | | | | | |
| **单位地址** | | |  | | | | | |
| **负责人** |  | | **职务** |  | | **职称** | |  |
| **手机** |  | | | **邮箱** | |  | | |
| **联系人** |  | | **职务** |  | | **职称** | |  |
| **手机** |  | | | **邮箱** | |  | | |
| **联合参赛单位** | **单位名称** | | | | **单位性质** | | **机构代码** | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |
| **主要成员** |  | | | | | | | |
| **赛题分类选择（唯一选项）** | | | | | | | | |
| **项目关键词** | |  | | | | | | |
| **报名赛道** | | 应用创新  技术创新  医疗信创  基层创新**（唯一选项）** | | | | | | |
| **成果转化** | | 成果转让  投融资  人才引进  产融合作 | | | | | | |
| **参赛理由** |  | | | | | | | |
| **个人/团队简介**  **(500字以内)** |  | | | | | | | |
| **项目起源**  **（800字以内）** |  | | | | | | | |
| **痛点、难点等800字以内)** |  | | | | | | | |
| **思路、方法、路线(2000字以内)** |  | | | | | | | |
| **创新点与成果(500字以内)** |  | | | | | | | |
| **项目推广与普及意义(300字以内)** |  | | | | | | | |
| **所需支持** |  | | | | | | | |
| **证明材料** | 请在此具列证明材料名称，图片按顺序添加到表格下方空白处。 | | | | | | | |

**注意事项：**报名表请以“赛区+主体申报单位+项目名称”命名，内容可调整顺序及增加。

**说明**：此表格仅用于有关“智慧医疗创新大赛”相关数据统计、网络公示、宣传展示、投融资对接、政府备案及项目推荐等用途，组委会收到表格即表示您同意大赛组委会关于大赛相关工作的安排，如有保密相关内容，请单独说明！