智慧医疗成果转化申请表

No.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | |  | | | |
| **单位名称** | |  | | | |
| **机构代码** | |  | | | |
| **单位地址** | |  | | | |
| **参赛时间** |  | | **斩获奖项** |  | |
| **项目负责人** |  | **职务** |  | **职称** |  |
| **手机** |  | | **邮箱** |  | |
| **其他成员** |  | | | | |
| **项目周期** | **（开始和结束时间）** | | **目标达成比例** | **（成果和初定目标的比值）** | |
| **初期目标**  **（100字以内）** | 1. **项目最初设定的目标；** 2. **项目最终达成的主要成果。** | | | | |
| **成果亮点与价值**  **（300字以内）** | **成果：**   1. **成果中最独特、最有价值的部分。** 2. **可以用数据、图表、图片来直观呈现。**   **价值：**   1. **内部价值：对所在组织在业务发展、技术提升、团队建设等方面的贡献。** 2. **外部价值：在市场中的影响力、对客户或者合作伙伴的影响。** | | | | |
| **未来展望**  **（100字以内）** | 1. **后续计划：如果有产品的升级计划、服务的拓展计划等，简单介绍。** 2. **潜在影响：对项目未来发展可能产生的更广泛影响的预测。** | | | | |
| **其他材料** | **（参展单位logo、公众号或个人二维码、营业执照）** | | | | |

**注意事项：**申请表以“申请单位”命名。表格内容仅用于“智慧医疗创新大赛”成果展示！