南宁市第二人民医院申请专利审批表

|  |  |
| --- | --- |
| 专利类别 | □发明 □实用新型 □外观设计 |
| 发明创造名称 |  |
| 共同申请单位 |  | 地址 |  | 邮编 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  |
| 发明人信息 |
| 排序 | 姓名 | 单位/科室 | 身份证号 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 该专利所属项目情况 |
| 项目类别 |  |
| 项目编号 |  |
| 项目名称 |  | 项目金额（元） |  |
| 专利申请费用 |  |
| 专利其他成本 |  |
| 主要负责人 |  |
| 申明：发明人对以上排序无争议，本专利属职务发明，专利权人为南宁市第二人民医院。**发明人签字：**年　　月　　日 |
| 第一发明人科室意见：签字：年 月 日 | 科教部/护理部意见：签字：年 月 日 |
| 院领导意见：签字：年月日 |
| 拟委托专利代理机构（代理人）：年 月 日 |
| 备注：1.联系人： 电话： QQ： Email：2.有共同申请单位的请提供南宁市第二人民医院与合作单位生效的正式合同复印件。3.正反两面一张A4纸打印。 |