附件

妇幼保健新技术引进奖

申 报 书

新技术名称：

主要负责人：

申报类别：

单位名称： （公章）

江苏省妇幼保健协会

二〇二一年 月

填 表 说 明

一、申报书填写应实事求是，不得弄虚作假，其中封面的申报类别指妇幼健康服务管理、妇女保健、儿童保健、妇产医学、儿科医学、新生儿医学、出生缺陷防治、生殖医学、乳腺病和宫颈病防治、妇幼麻醉医学、妇幼影像医学、妇幼检验医学、妇幼介入医学等类别。

二、已获得省级及以上医学新技术引进奖的项目，不再作为申报项目。

三、申报书须经申请主要负责人所在单位审核，签署明确意见，加盖单位公章后方可上报。

四、如有协作单位，需提供合作协议书复印件。

五、凡临床应用技术涉及人体者须由病案管理部门提供具体应用的病例号。项目的经济效益证明须由本单位财务部门出具。

六、申报书用A4纸打印，左侧装订成册，一式五份。

七、申报材料中提供的课题、奖项、论文、专利证书、专著（封面、版权页、目录）和学会任职等材料须提供复印件，加上科技查新报告、封面和材料目录后按次序另行在左侧装订成册，一式一份。

一、项目基本情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | |
| 所属专业 | |  | | |
| 主要负责人 | | 1、 | 2、 | 3、 |
| 项目首创单位 | |  | 时 间 |  |
| 项目首用单位 | 国际 |  | 时 间 |  |
| 国内 |  | 时 间 |  |
| 是否有技术准入资格 | |  | | |
| 本单位引进时间 | |  | 完成例数 |  |
| 联系人 | |  | 电 话 |  |
| 本单位伦理委员会审查意见  公 章  年 月 日 | | | | |

二、项目简介

|  |
| --- |
| 该技术评价的主要技术指标（包括国内外同类技术目前达到的水平和主要技术指标） |
| 实施该新技术时实现的主要技术、经济指标（如未达到首创单位技术指标，请注明原因） |
| 新技术的改进及创新 |
| 引进该技术项目后发表的论文、获得的专利、获奖等情况（请列出清单，论文等复印件附后） |

三、主要完成人情况表（限填三人）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第一完成人 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 出生年月 |  | 工作单位 |  |
| 毕业学校 |  | 联系电话 |  |
| 学 历 |  | 专 业 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 曾获奖励及荣誉称号情况： | | | |
| 参加本项目承担任务： | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第二完成人 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 出生年月 |  | 工作单位 |  |
| 毕业学校 |  | 联系电话 |  |
| 专 业 |  | 学 历 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 曾获奖励及荣誉称号情况： | | | |
| 参加本项目承担任务： | | | |

号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第三完成人 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 出生年月 |  | 工作单位 |  |
| 毕业学校 |  | 联系电话 |  |
| 专 业 |  | 学 历 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 曾获奖励及荣誉称号情况： | | | |
| 参加本项目承担任务： | | | |

四、项目审核情况表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位审核意见 | 公 章  年 月 日 |
| 省妇幼保健协会审批意见 | 公 章  年 月 日 |