附件1

科技成果转化孵化基金申请表

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **项目关键词** |  | **申请金额（万元）** |  |
| **项目类别** | □医疗器械类 □药品 □药食同源产品 □服务模式类 □诊断试剂 □医院院内制剂 □医用软件类 □其他：  |
| **项目阶段** | □创意阶段 □专利阶段 □验证阶段 □产品/产业化阶段 |
| **项目创新点** | □材料创新 ☑结构创新 □应用领域拓展 □其它：  |
| **本项目知识产权归属** | □济宁医学院 □其他：  |
| **已有知识产权情况****（请附复印件）** | □发明专利 □实用新型专利 □外观设计□软件著作权 □其他 □无 |
| **预期转化金额** |  |
| **项目成员** | 姓名 | 工号 | 研究专长 | 专业职务 | 工作单位 | 签名 |
| 项目负责人 |  |  |  |  |  |
| 成员 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **项目简介** |  |
| **前期工作基础** |  |
| **研发内容** |  |
| **研发目标** |  |
| **技术方法** |  |
| **研发进度及考核指标** |  |
| **转化前景分析** |  |
| **市场需求概况及竞品情况** | 1. 满足消费者对健康、预防疾病的日益增长需求，市场需提供具有科学依据和明确保健功能？2. 满足医院内部特定疾病治疗需求，具有定制化、特色化的特点。针对罕见病、疑难杂症等，提供创新药物解决方案。3. 创新诊断（鉴定）试剂和检验试剂，需具备高灵敏度、高特异性、操作简便等特点，满足临床诊断和科研需求。4. 康复治疗设备与辅助器具，需针对不同康复需求，提供个性化、智能化的康复治疗方案。5. 医疗监护设备，需具备实时监测、数据分析、远程传输等功能，提高医疗服务质量和效率。6. 对比竞品在功能、性能方面的优势与不足，明确自身产品的差异化特点。竞品情况：同类产品带包装的图片、厂家名称，联系方式  |
| **项目优势** |  |
| **项目进展和计划** | 1. 研究计划
2. 项目团队情况
3. 研究目标
 |
| **项目预算说明** |
| **预算类别** | 金额（万元） |
| 材料费、设备费（含样品生产费用） |  |
| 测试化验加工费 |  |
| 会议费、培训费、差旅费、国际合作与交流费（不超过资助总额的 10%） |  |
| 出版/文献/信息传播事务费 |  |
| 专家咨询费 |  |
| 知识产权事务费（含专利价值评估费） |  |
| 其他： |  |
| **总计** |  |
| 注意：后期将严格执行项目预算进行报销 |
| **承诺书**我承诺对本人填写的各项内容的真实性负责，保证没有知识产权争议。如获准立项，遵守学校相关管理规定，按计划认真开展研究工作，取得的知识产权均归济宁医学院所有。本人承诺经费预算应实事求是，本人严格遵守学校经费管理规定，严禁违规将经费转拨、转移到利益相关的单位或个人，严禁虚构经济业务。本人对项目经费的使用过程负法律责任。项目负责人签名：日期： |
| **所在单位意见** | 1. 项目负责人是否具备研究能力并有足够的研究时间：

□ 是 □ 否1. 是否具备相应的仪器设备和其他技术条件：

□是 □ 否3.评估意见：□同 意 □不同意所在单位负责人签名： 日期：  |
| **立项意见** | □**批准立项** □**不予立项****科研处（盖章）****日期：** |