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：** | | | | | | | |