**中国数字健康医疗大会创新应用实践案例优选申报表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称 ：** |  |
| **联系人：** |  |
| **联系方式 ：** |  |
| **填报日期 ：** | **年 月 日** |

**中国数字健康医疗大会创新应用实践案例优选委员会**

**二〇一九年十月填 写 说 明**

一、请按照模板要求填写各项内容。

二、项目方案可由一家单位提出，也可以由多家单位联合提

出，由项目牵头单位组织编写。

三、项目方案中第一次出现外文名词时，要写清全称和缩写，

再出现同一词时可以使用缩写。

四、统一社会信用代码是指单位三证合一营业执照上的标识

代码，它是由工商行政管理部门核发的法人和其他组织

的唯一标识代码。

五、编写人员应客观、真实地填报项目材料，尊重他人知识

产权，遵守国家有关知识产权法规。在项目方案中引用

他人研究成果时，必须以脚注或其他方式注明出处，引

用目的应是介绍、评论与自己的研究相关的成果或说明

与自己的研究相关的技术问题。对于伪造、篡改科学数

据，抄袭他人著作、论文或者剽窃他人科研成果等科研

不端行为，一经查实，将记入信用记录。

六、项目方案文字应凝练，字数原则上控制在 3000 字以

内。

七、项目文字避免过于理论化和技术化，避免体现企业宣传

色彩。

**一、基本信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位信息 | 单位名称 |  | | 单位性质 |  |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 |  |
| 所在地区 |  | 联系电话 |  | |
| 统一社会信用代码 |  | 成立时间 |  | |
| 联系人  信息 | 姓名 |  | 性别 |  | |
| 出生日期 |  | 固定电话 |  | |
| 移动电话 |  | 电子信箱 |  | |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | |
| 联合单位信息 | 序号 | 单位名称 | 单位性质 | 统一社会信用代码 | |
| 1 |  |  |  | |
| 2 |  |  |  | |
| 3 |  |  |  | |
| 4 |  |  |  | |
| 5 |  |  |  | |

**二、背景和需求**

简要阐述该项目的背景、行业现状以及趋势。

**三、项目内容**

（一）产品功能：介绍产品的功能。

（二）产品设计理念：介绍项目(产品)设计的理念和设计框架。

（三）项目方案：详细介绍项目方案，包括开发策略、项目设计、体制机制、工作方法、迭代方案、功能特色等。介绍项目的优势，突出功能、技术上的领先，结合专利、数据等支撑说明材料。

**四、市场与需求分析**

分析市场需求、市场对产品的可接受程度；进行规模化生产可行性分析(人才条件、科研条件、生产条件等)。

**五、参选承诺**

本项目团队承诺自愿参与“中国数字健康医疗大会创新应用实践案例优选”，并同意接受中国数字健康医疗大会创新应用实践案例优选委员会制定的参选标准以及规则。本团队承诺：以上表格中所填内容及提供相关文件的真实有效性，并愿意承担相应的责任。

项目负责人签字/公司法人或授权代表签字并盖章：

年 月 日

六、附件清单

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 材料名称 |
| 1 | 营业执照(副本)扫描件 |
| 2 | 产品查看地址，如有二维码下载地址需提交二维码 |
| 3 | 团队或公司Logo矢量图(AI格式)，产品Logo矢量图(AI格式) |
| 4 | 其他自备材料 |

**七、注意事项**

请于2019年11月1日至11月15日中午12点前将资料填写完成寄到或发到中国数字健康医疗大会创新应用实践案例优选委员会。

邮箱地址：[cxcgpx@163.com](mailto:cxcgpx@163.com)

邮寄地址：北京市海淀区紫竹院南路17号院4号楼209 室，陆老师收，电话13261867832。

联系电话：陆老师 010-68700692 13261867832

夏老师 010-68700692 18511624173