

中国医学装备协会转化医学分会

关于举办第八届临床创新与发明大赛秋季赛的通知

(第一轮)

各位委员、专家、有关单位：

当前，创新发展已经成为国家战略。科学技术发展向纵深演进，医学细分学科多点突破、交叉融合趋势日益明显，亟需建立医工交叉的长效机制，打造良好的创新生态。

2021年，中国医学装备协会获批国家工业和信息化部第四批产业技术基础公共服务平台（医学装备创新成果产业化）。中国医学装备协会和转化医学分会围绕创新转化主线，开展了学术活动、支持转化平台建设、协同转化基地支撑载体建设等三方面工作。

中国医学装备协会转化医学分会拟定于8-11月份在北京、上海、无锡等地分别举办第八届临床创新与发明大赛秋季赛专项赛区，同期举办“创新学院”三级公立医院院长高级研修班及系列主题活动。

创新大赛将面向全国征集影像介入、心血管病、体外诊断、智慧医疗等方向医学装备创新项目，重点征集来自三甲医院、科研院所、生产企业等领域专家具有发明专利的创新成果。大赛组委会将组织业界权威专家，现场观摩评议项目，并组织产业界、投资界参与对接，组建相关专业团队，在检验注册、投融资、创新产品推广应用等方面给予重点支持，促进创新成果转化落地。

请各单位积极组织相关专家参赛、参会，有关事宜通知如下：

一、活动安排

2023年8月-11月，北京、上海、无锡等地（具体时间、地点另行通知），免收注册费，交通食宿统一安排，费用自理。

二、参会人员

各级工信、卫健、药监等相关部门领导；各级医院负责人、科研、装备管理等职能科室负责人、临床科室专家；科研院所、产业界、投资界等相关机构负责人；中国医学装备协会转化医学分会常委、委员、

会员；中国医学装备协会相关分会委员；影像介入、心血管病、体外诊断、智慧医疗、麻醉护理等方向参赛选手。

三、联系人

秦老师：13811348635 刘老师：13501011915

邮箱：yxzbzhyx@163.com

中国医学装备协会转化医学分会

2023年7月17日

附件 1. 项目征集表

附件 2. 参会回执

第八届临床创新与发明大赛秋季赛项目征集表

参赛者信息	姓名		性别		1寸正面蓝底免冠照片	
	民族		文化程度			
	出生年月		职务			
	政治面貌		职称			
	医师资格证、 护士证注册号 (如有)					
	工作年限		身份证 号码			
	所在单位				所在科室	
	通讯地址:					
	联系电话:			邮箱:		
			微信号:			
项目基本信息	项目类别: <input type="checkbox"/> 产品创新项目 <input type="checkbox"/> 技术创新项目 <input type="checkbox"/> 管理创新项目 (注: 请在相应选项后的□内画√)					
	专利号:					
	项目名称:					
项目摘要(限500字内)						

本设计（或研究）目的与意义（阐述社会价值、医院应用与患者应用价值等）

本设计（或研究）主要内容

本设计（或研究）的特色与创新之处

项目所获专利情况（详细罗列在项目创新发明过程中所获专利信息，包括专利名称，专利号与获得时间）
项目附图（如无可不填）
项目需求（如工业设计、原型机研发、检验注册、委托生产、融资、项目推广等）

专利信息表单	
专利名称（必填）	
申请号/专利号（必填）	
战略新兴产业分类 (一级/二级/三级)	
项目权属（名称）	
单位统一社会信用代码	
商业计划（描述市场前景）	

专利权人 (必填)	
申请日 (必填)	
授权日 (必填)	
法律状态 (必填) (三选一, 打钩)	<input type="checkbox"/> 审查中 <input type="checkbox"/> 已授权 <input type="checkbox"/> 无效
行业分类 (必填) (九选一, 打钩)	<input type="checkbox"/> A 电子信息技术 <input type="checkbox"/> B 生物与新医药技术 <input type="checkbox"/> C 航空航天技术 <input type="checkbox"/> D 新材料技术 <input type="checkbox"/> E 高技术服务业 <input type="checkbox"/> F 新能源及节能技术 <input type="checkbox"/> G 资源与环境技术 <input type="checkbox"/> H 高新技术改造传统产业 <input type="checkbox"/> I 其他
IPC 分类 (必填, 请登陆国家知识产权局网站检索)	
意向价格 人民币 (万元) (必填)	¥
所属地域 (必填)	
专利类别 (必填) (三选一)	<input type="checkbox"/> 发明 <input type="checkbox"/> 实用新型 <input type="checkbox"/> 外观设计
是否有 PCT 选项	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
样品情况	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
样品类型	<input type="checkbox"/> 模型 <input type="checkbox"/> 实物
合作方式 (必填) (可多选)	<input type="checkbox"/> 技术转让 <input type="checkbox"/> 技术服务 <input type="checkbox"/> 技术许可 <input type="checkbox"/> 技术融资 <input type="checkbox"/> 技术授权 <input type="checkbox"/> 其他
获得资助情况	<input type="checkbox"/> “863” <input type="checkbox"/> “973” <input type="checkbox"/> “科技重大专项” <input type="checkbox"/> “自然科学基金” <input type="checkbox"/> 国家科技支撑计划 <input type="checkbox"/> 科技型中小企业技术创新基金
项目开发阶段	<input type="checkbox"/> 实验室 <input type="checkbox"/> 小试 <input type="checkbox"/> 中试 <input type="checkbox"/> 产业化

专利摘要 (必填)	
信息有效期:	开始时间: 结束时间:
联系人姓名 (必填)	
联系电话 (必填)	
联系手机 (必填)	
Email (必填)	
部门/职务	
单位名称	
传真	
邮编	
通讯地址	

备注：以上表格中所填内容需附相应证明材料（邮寄纸质材料附相应复印件，电子材料通过扫描件传输）扫描件请发送邮箱：yxzbzhyx@163.com，纸质材料请寄：北京市朝阳区秀水街1号建国门外外交公寓7281室中国医学装备协会转化医学分会秘书处秦老师/刘老师13811348635/13501011915

附件2:

参会回执

请有意愿参与本次活动的个人/单位填写以下内容,并发送至邮箱: yxzbzhyx@163.com

联系人: 秦老师/刘老师 13811348635/13501011915

报名单位			
联系人		职务	
联系电话		邮箱	