

镇江市第四人民医院专利申请审批表

编号 No: _____

专利名称			
专利申请类型	国际发明 ☐ 国内：发 明 ☐ 实用新型 ☐ 外观设计 ☐		
申请权类别	职务发明创造 ☐ 非职务发明创造 ☐		
专利权人	镇江市第四人民医院(镇江市妇幼保健院)		
第 1 发明人姓名		电话	
地 址		邮编	
发明人(全部)			
申 明 本发明专利权属于镇江市第四人民医院(镇江市妇幼保健院)所有。其转让、实施、撤消等均由镇江市第四人民医院统一管理，任何其他单位和个人（包括发明人）都不得擅自处置，如有违反，视为侵权，并追究其法律责任和经济责任。 专利转让后的利益分配，按医院有关规定执行。 第一发明人（设计人）签字：			
联系人		电话	
专利代理机构		代理人	
职能部门审核意见	签字 盖章 年 月 日	分管领导审核意见	签字 年 月 日

申请理由、开发应用前景（300-500字）

（注：请用 A4 纸正反打印、并附《技术交底书》）