附件

# 湖南省医学十大临床创新技术推荐书

**一、被推荐新技术基本情况**

编号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新技术项目名称 |  | 贴照片处 |
| 项目负责人姓名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 身份证号 |  | 党 派 |  |
| 出生日期 |  | 出 生 地 |  | 从事专业 |  |
| 文化程度 |  | 学 位 |  | 授予时间 |  |
| 职 称 |  | 职 务 |  | 电子邮箱 |  |
| 单位 | 名 称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 传 真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 住宅 | 通讯地址 |  | 住宅电话 |  |
| 邮政编码 |  | 传 真 |  |
| **项目负责人工作简历** |

**二、被推荐新技术的主要成就和贡献**

**（项目的先进性、适用性、水平、影响力等）**

**三、被推荐新技术主要的科学发现、技术发明或科技创新要点**

**四、被推荐新技术曾获奖励情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 获奖时间 | 获奖项目名称 | 奖项名称 | 奖励等级及排名 | 授奖部门 |
|  |  |  |  |  |  |
| 本表所填科技奖励及荣誉称号是指：1. 国务院设立的科技奖励；
2. 省、自治区、直辖市政府和国务院有关部门、中国人民解放军设立的科技奖励；
3. 经批准的社会力量设立的科技奖励；
4. 国际组织和外国政府设立的科技奖励；
5. 省部级和国家的荣誉称号、表彰。
 |

**五、主要知识产权证明目录**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 授权项目名称 | 知识产权类别 | 国（区）别 | 授 权 号 |
|  |  |  |  |

**六、推荐意见**

|  |  |
| --- | --- |
| 推荐单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 传 真 |  |
| 推荐意见： |
| **声明：**本单位遵守《2019 年湖南省医学十大临床创新技术推荐书》要求及关于推荐 2019 年湖南省医学十大临床创新技术通知的有关要求，承诺遵守评审工作纪律，所提供的推荐材料真实有效，且不存在任何违反《中华人民共和国保守国家秘密法》和《科学技术保密规定》等相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如有材料虚假或违纪行为，愿意承担相应责任并接受相应处理。如产生争议，保证积极调查处理。推荐单位（盖章） 年 月 日 |

七、附 件

1. 被推荐新技术公开发表的代表性论文专著
2. 被推荐新技术项目被他人引用的代表性论文专著
3. 知识产权证明
4. 重要获奖证书
5. 被推荐新技术负责人近期标准证件照片及工作照片各一张
6. 其他证明