附件：大赛报名表

第五届智慧医疗创新大赛报名表

No.

|  |  |
| --- | --- |
| **参赛主体单位** |  |
| **机构代码** |  |
| **项目名称** |  |
| **单位地址** |  |
| **负责人** |  | **职务** |  | **职称** |  |
| **手机** | **（紧急联系备用）** | **邮箱** |  |
| **联系人** |  | **职务** |  | **职称**  |  |
| **手机** |  | **邮箱** |  |
| **联合参赛单位** | **单位名称** | **单位性质** | **机构代码** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **主要成员** |  |
| **赛题分类选择（唯一选项）** |
| **技术方向** | ☐ 大数据 ☐ 互联网+ ☐ 医学人工智能 ☐ 医疗云 ☐ 区块链 ☐ 5G ☐ 智能终端、物联网 ☐ 机器人 ☐ 数字诊疗 ☐ VR、AR ☐ 信息安全 |
| **业务方向** | ☐ 医院管理 ☐ 信息管理 ☐ 互联网+ ☐ 移动健康 ☐ 健康医疗大数据☐ 医联体与区域医共体 ☐ 智慧医院 ☐ 远程医疗 ☐ 应急与公共卫生☐ 数字诊断 ☐ 信息安全☐ 临床与科研☐ 医学人工智能☐ 医药信息 |
| **专题赛** | ☐ 基层卫生 ☐ 创新创业 ☐ 国产信创 |
| **参赛理由** |  |
| **个人/团队简介****(300字以内)** |  |
| **项目起源****（500字以内）** |  |
| **痛点、难点等(800字以内)** |  |
| **思路、方法、路线(800字以内)** |  |
| **创新点(500字以内)** |  |
| **项目推广与普及意义(200字以内)** |  |
| **所需支持** |  |
| **证明材料** | 请在此具列证明材料名称，图片按顺序添加到表格下方空白处。 |

**注意事项：**报名表请以“赛区+主体申报单位+项目名称”命名，内容可调整顺序及增加。

**说明**：此表格仅用于有关“智慧医疗创新大赛”相关数据统计、网络公示、宣传展示、投融资对接、政府备案及项目推荐等用途，组委会收到表格即表示您同意大赛组委会关于大赛相关工作的安排，如有保密相关内容，请单独说明！