**附件1：**

 护理用品创新大赛参赛项目申请表

项目名称：

申 请 者：

申请单位：

申请日期：

 建议：参赛项目不要复制申报专利的内容，尽量用通俗易懂的语言表达。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申****请****人** | **第一署名申请人** | **姓名或名称** |  | **年 龄** |  |
| **工 作 单 位** |  | **职 务** |  |
| **职 称** |  | **学 历** |  | **电 话** |  |
| **地 址** |  | **邮 政编 码** |  |
| **联****系****人** | **姓 名** |  | **电 话** |  | **邮 箱** |  |
| **地 址** |  | **邮 政编 码** |  |
| 作品类型 | □血管通路类□基础护理类□专科护理类□体位护理类□病号被服类□安全防护类□信息化护理类□康复护理类□护理类用车□辅助工具□其他（**临床护理模式、理论、方法、流程等**） |
| 1、研究背景（解决问题点的描述）： |
| 2、研究目的(临床现在使用的解决方案及优缺点)： |
| 3、研究方法： |
| 4、创新解决方案（创新点）： |
| 5、图例（项目结构内容介绍及优点）： |
| 6、项目用途（使用方法、使用范围）： |
| 7、知识产权现状及完成的查新工作(国内外专利情况、已有专利证书附证书首页图片、正在申请专利，写明申请号)： |
| 8、市场需求分析（以该院或该科室为例，年使用量，建议销售价格）： |
| 单位意见 | （单位盖章）  年 月 日 |
| 评审意见 | 年 月 日 |

以上内容，请分条目、精炼、概括、重点地进行阐述，观点要鲜明，每个条目限100字以内。

**附件2：**

护理创新先进个人申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单 位 |  | 姓 名 |  |
| 性 别 |  | 年 龄 |  | 文化程度 |  |
| 工作年限 |  | 职 称 |  | 职 务 |  |
| 联系方式 |  | 邮 箱 |  |
| 参加护理创新比赛情况 | 国家级： |
| 省级： |
| 市级： |
| 获护理创新荣誉情况 | 国家级： |
| 省级： |
| 市级： |
| 获专利情况 |  |
| 创新成果转化情况 |  |
| 单位意见 |   年 月 日 |

**佐证材料清单（无佐证材料的取消参评资格）：**

一、参加护理创新比赛相关凭证，如通知书等

1. 获护理创新荣誉情况（荣誉证书复印件）
2. 获专利情况（专利证书复印件）
3. 创新成果转化情况相关凭证

**附件3：**

护理创新先进集体申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单 位 |  | 开展护理创新工作时间 |  |
| 主要事迹（800字以内，请对医院护理创新工作的组织结构、工作方法、取得成效等方面进行阐述） |
| 单位意见 | 年 月 日 |

佐证材料清单：**（无佐证材料的取消参评资格）：**

一、医院获得护理创新相关荣誉证书

二、医院获得护理创新相关专利证书

三、医院在护理创新成果转化中取得的产品凭证资料

四、其他护理创新工作方面取得成效的凭证资料

**附件4：**

护理创新转化先进个人申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单 位 |  | 姓 名 |  |
| 性 别 |  | 年 龄 |  | 文化程度 |  |
| 工作年限 |  | 职 称 |  | 职 务 |  |
| 联系方式 |  | 邮 箱 |  |
| 创新成果转化情况 | （请描述获得专利情况和时间、临床应用、发表科研论文、获得成果、产品产出、参与大赛情况及其他获奖情况，若有多项成果请依次列出并提供相关佐证材料） |
| 单位意见 |  （单位盖章） 年 月 日 |